

FACULDADE DE LETRAS DA UNIVERSIDADE DO PORTO
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**“ A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS A
IDOSOS DEPENDENTES EM PORTUGAL:
TENSÕES E DESAFIOS”**

Tânia Sofia Araújo Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia

Orientadora: Prof^a. Doutora Alexandra Lopes

Setembro, 2011

Resumo

A rápida transição demográfica que Portugal tem experienciado nos últimos decénios tem contribuído para o crescente debate em torno das implicações que o envelhecimento demográfico acarreta para as sociedades modernas, particularmente no que toca às exigências ligadas ao cuidado para idosos. Assim, a presente investigação, procura, de uma forma sustentada, avaliar até que ponto o leque de expectativas, valores e disponibilidades que os potenciais cuidadores externalizam, estão em consonância ou não, com o enquadramento político-institucional que os abarca.

A pesquisa apresenta-se, desta forma, organizada em duas partes fundamentais e complementares. A primeira parte remete para uma análise das políticas sociais promovidas no domínio da terceira idade, com o intuito de evidenciar os principais desafios que se colocam às sociedades contemporaneamente e, concretamente, aos aparelhos de Estado. Portugal, como de resto à semelhança da generalidade dos países que compõem a União Europeia, defronta-se com um abrandamento do crescimento efectivo da população e um aprofundamento do envelhecimento demográfico; do mesmo modo, é, na actualidade, confrontado com novos padrões de fecundidade, divorcialidade e conjugalidade, os quais se reflectem na própria dinâmica das estruturas familiares e nas actuais configurações das famílias portuguesas.

A par disso, com a crescente feminização do mercado laboral, novos desafios se colocam à capacidade das famílias para organizarem os cuidados para idosos, tanto mais se considerarmos o avanço do processo de urbanização e o recuo de todas as lógicas de funcionamento de base rural. Estas tendências contribuíram para a recomposição da sociedade portuguesa e, concretamente, para a gradual consciencialização das implicações que estas conferem no domínio do cuidado, não apenas pela urgência da re-estruturação das políticas mas, de igual modo, no campo das normas sociais ao nível dos valores, expectativas e atitudes dos indivíduos. Tendo em conta estas considerações, procura-se, num segundo momento, e por via da análise secundária de dados, otimizar um conjunto de dados do Eurobarómetro 67.3/Maio-Junho 2007, com o intuito de, num registo extensivo, identificar tendências e padrões relevantes ligados ao cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento Demográfico; Políticas Sociais; Cuidados Informais

Abstract

The fast demographic transition that Portugal has experienced in recent decades has contributed to the growing debate about the implications that population aging entails to modern societies, particularly with regard to requirements relating to care for the elderly. Thus, the present research, aims at assessing to what extent the range of expectations, values and availability that the potential caregivers outsource, are consistent or not with the political-institutional framework that covers.

The research is organized in two fundamental and complementary parts. The first part refers to analysis of the analysis of social policies promoted in the field of aging in order to highlight the major challenges that contemporary societies face and, specifically, the state apparatus. Portugal, as indeed like the majority of European countries, is facing a slowdown in real growth and a deepening of the population of aging; at the same time, it is, at present, confronted with new patterns of fertility, conjugality and divorcality which are reflected in the dynamics of family structures and in the current settings of Portuguese families.

In addition, with the growing feminization of the labor market, new challenges arise to the capacity of families to organise care for elderly, especially considering the advancement of urbanization and the decline of all the rural basic functioning logics. These trends have contributed to the recomposition of Portuguese society and, in particular, to the gradual awareness of the implications that they confer in the area of care, not only because of the urgency of the re-structuring of the policies but, equally, in the field of social standards at the level of values, expectations and attitudes of individuals. Taking into account these considerations, the dissertation seeks, in a second moment, and through secondary analysis of data, to analyze a set of data from the Eurobarometer 67.3/May-June 2007 to identify trends and patterns in care preferences, expectations and strategies.

KEYWORDS: Ageing; Social Policy; Informal Care

Résumé

La rapide transition démographique que Portugal a connu au cours des dernières décennies a contribué pour le croissance débat sur les implications que le vieillissement démographique pose pour les sociétés modernes, particulièrement en ce qui concerne les exigences relatives aux soins pour les personnes âgées. Comme ça, la présente enquête, la demande, dans un soutenue, évaluer dans quelle mesure l'éventail des attentes, des valeurs et des disponibilités qu'aidants potentiels externaliser, sont en ligne ou non avec le cadre politique et institutionnel qui les embrasse.

La recherche est organisée en deux parties complémentaires et fondamentales. La première partie se réfère à une analyse des politiques sociales promus dans le domaine du troisième âge, afin de mettre en évidence les principaux défis auxquels font face aux sociétés contemporaines et, plus particulièrement, avec l'appareil d'État. Portugal, comme d'ailleurs en ligne avec la plupart des pays qui composent l'Union européenne, face à un ralentissement de la croissance de la population et un approfondissement du vieillissement ; De la même façon, il est, actuellement, confronté avec de nouveaux patrons de fertilité, divortialité et conjugalité, qui sont reflétées dans la dynamique des structures familiales et dans les paramètres actuels des familles portugais.

De plus, avec la croissante féminisation du marché du travail, nouveaux défis se posent à la capacité des familles pour organiser les soins pour les personnes âgées, surtout si nous considérons les progrès du processus de l'urbanisation et l'indentation de tous les logiques de fonctionnement de base rurale. Ces tendances ont contribué pour la recomposition de la société portugaise et, en particulier, pour la prise de conscience progressive des implications qu'ils confèrent dans le domaine des soins, non seulement en raison de l'urgence de la restructuration des politiques mais, également, dans le domaine des normes sociales à l'échelle de valeurs, les attentes et les attitudes des individus. Compte tenu de ces considérations, il cherche, dans une deuxième temps, via l'analyse secondaire de données, optimiser un ensemble de données de l'Eurobaromètre 67,3/mai-juin 2007, afin de, dans un registre extensif, identifier les tendances et les patrons pertinents liés aux soins.

MOTS CLES : Vieillissement ; Politiques sociales ; Soins informels

Agradecimentos

Não sei se as minhas palavras serão suficientemente capazes de traduzir o imenso prazer que sinto por ter sido amparada, durante este trabalho, por tantas pessoas, cuja generosidade jamais serei capaz de pagar. Ainda assim, e em primeiríssimo lugar, os meus mais sinceros agradecimentos à minha orientadora, a Prof^a Doutora Alexandra Lopes, cujos ensinamentos e comentários sábios que me proporcionou durante todo o processo de investigação, me possibilitaram chegar ao final com a sensação de dever cumprido. Muito obrigada pelos momentos de reflexão e discussão que juntas desfrutámos. Foram esses momentos que me permitiram ampliar os meus horizontes na Sociologia e aprender, aprender, aprender!

Não posso deixar de agradecer fervorosamente a todos os meus amigos e familiares, a uns, pelos contributos técnicos e intelectuais, conselhos e sugestões que me proporcionaram nas ocasiões que naturalmente surgiam de debate, a outros, pela motivação e carinho que me presentearam, de resto, essenciais para ultrapassar os momentos de maior angústia e desânimo.

Do mesmo modo, aos meus pais, dedico a minha eterna gratidão pelos esforços conjuntos implementados para que esta minha aspiração se torna-se realidade. O apoio incondicional e as palavras amigas na hora certa foram determinantes para afastar os medos e encorajar-me na hora de tomar decisões e ultrapassar as contrariedades que iam surgindo. Não me esqueço dos incentivos nem tão pouco da ternura que me ofereceram de forma gratuita.

Nem sempre o caminho percorrido foi totalmente claro, porém, as névoas, que durante este percurso se edificaram rapidamente se desvaneceram e, no final, o que fica é a saudade, a saudade do prazer que tive em interagir com pessoas por quem nutro um enorme carinho e amizade, a quem, aliás, uma última vez agradeço profundamente.

ÍNDICE

Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Résumé.....	vi
Agradecimentos	ix
Índice.....	xi
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xiv
Abreviaturas	xv
Introdução	1
Capítulo 1. A prestação de cuidados informais a idosos dependentes: clarificação teórico-conceitual	7
Introdução.....	7
1. Conceptualizando o Cuidado	8
2. Desafios demográficos: Portugal na Europa.....	11
3. (Re) Configurações da Família	18
4. As mulheres e o mercado de trabalho	24
Capítulo 2. As Políticas Sociais para Idosos em Portugal	29
Introdução.....	29
1. A Política Social e o Estado.....	30
2. O Modelo Social Europeu	37
3. Emergência e consolidação do Estado-Providência em Portugal	45
4. Evolução histórica da Segurança Social em Portugal	52
5. Políticas sociais orientadas para a terceira idade em Portugal.....	58
Capítulo 3. Metodologia e desenho de pesquisa	69
Introdução.....	69
1. Revisão literária – o modelo de análise	70
2. O método de pesquisa.....	77
3. Da teoria à empiria: o eurobarómetro.....	81
Capítulo 4. Apresentação e análise dos resultados.....	83
Introdução.....	83

1. Breve caracterização da amostra.....	84
2. Análise das orientações colectivas – normas/valores.....	85
3. As preferências e expectativas	92
4. Existência de Dependência	95
5. O cuidador.....	97
6. A Sustentabilidade do Familiarismo em Portugal	102
Conclusão.....	109
Referências Bibliográficas.....	117
Anexos.....	125
Anexo I. Distribuição da população residente em Portugal (Nº), por NUTS II, 2010	127
Anexo II. Evolução da variação populacional e da taxa de crescimento efectivo, 1991 - 2009	128
Anexo III. Estrutura da população por grupos etários, Portugal e a EU-27.	129
Anexo IV. Pirâmide etária de Portugal	130
Anexo V – Índice de Envelhecimento de Portugal, 1991-2010	131
Anexo VI. Taxa bruta de Natalidade e de Mortalidade de Portugal	132
Anexo VII. Indicadores sobre a nupcialidade, Portugal.....	133
Anexo VIII. Distribuição da proporção de casamentos religiosos e só civis em Portugal	134
Anexo IX - Evolução das Famílias de Acolhimento por grupo-alvo, Portugal Continental.....	135
Anexo X. Inquérito integral do eurobarómetro.	136
Anexo XI. Número de entrevistas efectivas realizadas por país.....	137
Anexo XII. Detalhes técnicos respeitantes à serie do Eurobarómetro 67.3, Maio-junho, de 2007 ..	138
Anexo XIII. Breve apresentação da dimensão da amostra	144
Anexo XIV. Distribuição dos inquiridos por sexo	145
Anexo XV. Primeira e segunda opção para os pais que necessitem de ajuda regular	146
Anexo XVI. Grau de concordância dos inquiridos face a um cenário de responsabilização do Estado pelo pagamento de profissionais de cuidados de saúde no sentido destes, ocasionalmente, aliviarem os encargos dos membros familiares que prestam este apoio	147
Anexo XVII. Opções de Cuidados de Longa Duração que os inquiridos esperam possuir	148
Anexo XVIII. Preferência face às opções de cuidados de longa duração existentes	149
Anexo XIX. Nível de dependência dos inquiridos por categoria etária	150
Anexo XX. Nível de envolvimento na prestação de cuidados, por nível de dependência	151
Anexo XXI. Grau de concordância dos cuidadores e não cuidadores face aos idosos dependerem demasiadamente da sua família.....	152

Anexo XXII. Grau de concordância dos cuidadores face a um cenário de pagamento, por parte do Estado, de um rendimento àqueles que perderam o seu rendimento, parcial ou totalmente, em prol do cuidado a uma pessoa dependente.....	153
---	-----

Lista de Figuras

Figura 1. Indivíduos com 65 e mais anos por tipologia de agregado, Portugal, 2006, em percentagem	28
Figura 2. Estrutura das famílias, por dimensão média, Portugal, 2003-2009, em percentagem	29
Figura 3. O modelo de welfare na Europa do Sul segundo Ferrera	55
Figura 4. Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Portugal Continental, 1998-2008.	75
Figura 5. Distribuição etária dos inquiridos, em percentagem	91

Lista de Tabelas

Tabela 1. Principais indicadores na Demografia, Família e Educação, 1975-2010.....	21
Tabela 2. Grau médio de concordância dos inquiridos em relação a diferentes dimensões do cuidado.....	92
Tabela 3. Atitude familialista, em percentagem, por país	94
Tabela 4. Grau de concordância dos inquiridos face à responsabilização dos filhos pelo pagamento dos cuidados dos pais, na ausência, por parte destes últimos de rendimentos suficientes	95
Tabela 5. Grau de concordância dos inquiridos face a um cenário de responsabilização do Estado pela atribuição de um rendimento ao cuidador	96
Tabela 6. Grau de concordância dos inquiridos face a um cenário de responsabilização das autoridades públicas pelo fornecimento de ajuda adequada no domicílio ou numa instituição de saúde para os idosos dependentes.....	96
Tabela 7. Grau de concordância dos inquiridos face aos idosos dependerem demasiadamente da sua família	97
Tabela 8. Preferência face às opções de cuidados de longa duração existentes	99
Tabela 9. Posicionamento dos inquiridos face às diferentes entidades de financiamento dos Cuidados de Longa Duração (percentagem de indivíduos que declara cada uma das opções)	101
Tabela 10. Preferência face às opções de cuidados de longa duração existentes, segundo os diferentes níveis de dependência.....	102
Tabela 11. Nível de envolvimento na prestação de cuidados, por intervalos etários, em percentagem	103
Tabela 12. Distribuição dos inquiridos por nível de envolvimento na prestação de cuidados, por sexo.....	106
Tabela 13. Grau de concordância dos inquiridos envolvidos na prestação de cuidados, face à possibilidade de serem os filhos a pagar os cuidados.....	107
Tabela 14. Grau de concordância dos cuidadores e não cuidadores face a um cenário de pagamento, por parte do Estado, a profissionais de cuidados de saúde no sentido destes, ocasionalmente, aliviarem os encargos dos membros familiares.....	108
Tabela 15 - Modelos de regressão logística binária para variáveis explicativas da probabilidade de se observarem orientações familialistas nas preferências dos portugueses, 2007	

Abreviaturas

ABVD	Actividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Actividades Instrumentais da Vida Diária
CE.	Comissão Europeia
CLD	Cuidados de Longa Duração
DGS.	Direcção-Geral da Saúde
GEP.	Gabinete de Estratégia e Planeamento
MTS.	Ministério do Trabalho e da Solidariedade
MSSS.	Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
RNCCI.	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UE-27	União Europeia (27 países)

Introdução

Ao longo das últimas décadas, o sistema de cuidados para idosos, evoluiu e foi alvo de várias reformulações e reformas significantes, procurando responder a necessidades que emergiram a par da modernização das sociedades. Com efeito, a premência em dar resposta aos novos imperativos gerados pela rápida transição demográfica que se evidenciou, particularmente em Portugal, proporcionou o desenvolvimento e institucionalização de políticas sociais, no âmbito do Estado-Providência, no sentido de corresponder aos desafios gerados por este fenómeno.

Ademais, tornou-se progressivamente mais claro que, o envelhecimento demográfico, que se vinha a aprofundar, não se configurava num evento provisório, mas antes num fenómeno com implicações estruturais para as sociedades desenvolvidas, quer do ponto de vista das exigências económicas e financeiras mas, de igual modo, sociais e culturais. Em termos genéricos, compreendeu-se que o envelhecimento demográfico não se traduz somente em ganhos na longevidade mas, inerente a isso, a um acréscimo da procura de cuidados que permitam responder às necessidades específicas deste grupo. Este facto contribuiu, com naturalidade, para a progressiva consciencialização para esta nova realidade, a qual estimulou o debate em torno da questão, recentemente emergente, da prestação de cuidados de saúde e de apoio para idosos.

Motivada pelo debate intenso sobre o envelhecimento demográfico e, em particular, sobre os desafios e tensões que se colocam à prestação de cuidados informais para idosos dependentes, a investigação procura, de uma forma sustentada, discutir o lugar que o prestador de cuidados informais ocupa no plano geral de organização das políticas sociais para a terceira idade. Inscrita nesta dinâmica, a pesquisa visa, por isso, apurar se o lugar do prestador de cuidados informais a idosos, em Portugal, no campo dos valores, está em consonância ou, pelo contrário, em tensão, com o lugar que lhes é exigido no plano dos instrumentos de política social. Com isto pretende-se, em específico, debater a própria sustentabilidade do familialismo enquanto princípio de organização das políticas sociais, verificando, neste âmbito, se a relação entre aqueles dois pólos é de encaixe, de articulação, ou se é uma relação em tensão.

Note-se que, na Europa, como de resto por todo o mundo, o processo de envelhecimento não ocorreu linearmente, seguindo etapas idênticas e determináveis. Pelo contrário, foi-se demarcando e assinalando de formas e a ritmos diferentes. Do mesmo modo, a forma como cada país geriu este acontecimento foi revelando divergências, variando nesta

acepção, a capacidade demonstrada por cada um em termos de organização social e económica. Por conseguinte, a prestação de cuidados configurou-se numa questão central, não apenas para Portugal, mas também, no plano europeu, sobretudo, pelas implicações que esta problemática acarreta no domínio da reestruturação das políticas e no campo da gestão dos valores, expectativas e atitudes dos indivíduos.

Neste âmbito, tendo em conta o domínio dos cuidados, a investigação busca fundamentalmente fomentar uma análise do sistema de políticas sociais, no sentido de detectar a lógica inerente à sua forma de organização. Verdadeiramente, visa perceber qual a lógica inerente à organização do sistema, isto é, quais os pilares que o sustentam, implica impreterivelmente um equacionamento da evolução histórica do modelo de Estado português, sobretudo, no que concerne ao domínio da Terceira Idade. Verdadeiramente não é objectivo do trabalho adoptar um posicionamento claro sobre o modelo que melhor caracteriza o Estado-Providência Português. Interessa-nos, sobretudo, detectar a lógica do sistema, mais do que conceber um posicionamento ou tomar partido sobre uma qualquer proposta conceptual.

Desde a sua fundação, o modelo de Estado-Providência assenta numa concepção do direito à assistência pouco clara já que não o percepciona como um direito de cidadania, por excelência, mas, pelo contrário, de subsidiariedade, concedendo à família a esfera privilegiada de assistencialismo. Genericamente, importa, aqui, salientar que a organização das políticas sociais assenta num conjunto de pressupostos sobre o que é o indivíduo, a família e a sociedade. De certa forma é possível dizer que estes três níveis são cumulativos, na medida em que representam uma hierarquia de funcionamento do social, estando, por isso, interligados enquanto unidades de agregação progressivamente maiores. A forma ou lógicas de articulação destes três níveis, ao nível da definição de responsabilidades, obrigações e solidariedades, diverge entre os diferentes modelos de Estado.

Em Portugal, à medida dos restantes países de tradição conservadora-corporativa, uma matriz de valores/normas legitimam que a tónica seja colocada na família, com reflexos evidentes no plano institucional, em geral, e nas políticas sociais, em concreto. Neste âmbito, interessa, principalmente, perceber como é que a matriz dos valores, das normas, entendidas como orientações para a acção, reproduzem ou não o lugar que as políticas implementadas no quadro dos modelos de bem-estar tendem a dar aos indivíduos, enquanto membros de um agregado familiar. Efectivamente, Therborn, salienta que dimensão normativa, inerente a uma acção diz-nos, em larga medida, aquilo que devemos esperar e, nesse sentido reduz a incerteza, ao mesmo tempo que contribui para a ordem social (Therborn, 2002, p.863). Com isto, procuramos questionar se o argumento familialista, o qual reafirma a total

disponibilidade, a vontade, a aceitação das famílias para assumir o papel de prestador de cuidados se mantém válida. Para o efeito, apresenta-se fulcral, para além de atender à análise das políticas sociais ou à dinâmica familiar, incorporar nesta discussão a dinâmica normativa e dos valores no domínio concreto do bem-estar social e das relações dos indivíduos com o Estado.

Neste prisma, importa salientar que o próprio sistema continua a assumir que a família deverá ser a primeira instituição a ser accionada no domínio da prestação de cuidados informais aos idosos dependentes, exercendo aqui o Estado um papel meramente complementar. Importa, no entanto, ponderar se esta lógica inerente à organização das políticas sociais, ligadas ao provisionamento de bem-estar e de cuidados à terceira idade, é contundente com a recomposição da sociedade portuguesa que se tem evidenciado, nomeadamente no que diz respeito às actuais configurações da família, à situação das mulheres no mercado de trabalho e com o próprio envelhecimento da população, já que este tenderá a empolar os seus indicadores e a gerar mais pressões.

Concomitantemente, percepcionando o enquadramento político-institucional no domínio da prestação de cuidados, impõem-se detectar qual o lugar que o cuidador informal ocupa nesse sistema e, por outro lado, clarificar a forma como este se relaciona com esse lugar e o percepciona. Um dos objectivos será, assim, o de avaliar até que ponto o conjunto de perspectivas, valores e expectativas que os indivíduos externalizam revelam consenso ou, pelo contrário, tensão, face ao enquadramento político-institucional concebido, o qual assume um determinado lugar para o cuidador. Objectivamente, importa perceber, não apenas a disponibilidade que as pessoas manifestam para virem a ser cuidadoras mas, simultaneamente, atender ao campo de possibilidades de actuação e de escolha destes mesmos cuidadores, aquando do confronto com uma situação em que possam vir a prestar cuidados.

Em suma, a inicial inquietação e perplexidade levantada norteou o trabalho de apresentação e contextualização da problemática alvo desta pesquisa, a qual, em termos sumários contempla objectivos a atingir, nomeadamente:

- Potenciar uma análise histórica do processo de emergência e consolidação do Estado-Providência português, com o intuito de compreender a lógica inerente à forma de organização da assistência e protecção social aos idosos portugueses;
- Desenvolver uma análise sócio-histórica do sistema de políticas sociais promovidas no domínio do apoio aos idosos em Portugal
- Identificar os principais desafios com os quais se deparam as sociedades ocidentais, decorrentes do envelhecimento populacional;

- Enquadrar, em termos político-institucionais, o prestador de cuidados informais a idosos dependentes;
- Avaliar até que ponto o conjunto de perspectivas, valores e expectativas que os cuidadores de idosos externalizam revelam consenso ou, pelo contrário, tensão face ao enquadramento político-institucional que lhes é concebido;
- Sinalizar perfis tipo de prestadores de cuidados informais a idosos dependentes, em Portugal;

Tendo em conta o conjunto de reflexões supra citadas, nomeadamente no que toca às exigências da temática bem como as características que qualificam o objecto de estudo e objectivos norteadores deste estudo, desde logo, evidenciou necessário valorizar, na estratégia metodológica edificada, o registo extensivo e, particularmente, a análise secundária de dados, por via da qual pretendemos potenciar uma leitura integrante da problemática em estudo. Verdadeiramente, não é pretensão deste trabalho desvalorizar a abordagem de cariz qualitativa ou, porventura, a interpretação dos sentidos que os indivíduos dão às suas experiências. Pelo contrário, a presente investigação não fecha a porta a que, num segundo momento e, numa perspectiva complementar, se possa fazer uso de um registo intensivo. Porém, importa não deixar de salientar, nesta reflexão, que, no que toca à avaliação e análise das políticas sociais, do ponto de vista dos seus impactos e daquilo que os indivíduos esperam e preferem, é imprescindível trabalhar com grandes regularidades e, até porque aquelas são desenhadas precisamente para grandes populações.

Por conseguinte, tendo patente que a pesquisa se centra nos cuidados informais e, portanto, numa população de difícil acesso, já que não se configura num grupo correctamente identificado e sinalizado, procuramos por via da análise secundária de dados, rentabilizar um vasto manancial de dados disponível, os quais em termos metodológicos são recolhidos e geridos por instituições com grande credibilidade na cena internacional. Do mesmo modo, importa salientar que a opção pela análise secundária de dados se prende, não apenas com especificidades próprias do objecto de estudo, mas emerge igualmente como um exercício de aprendizagem, sobretudo pela qualidade e quantidade de dados de fácil acesso, os quais permitem desencadear análises estatísticas, tais como sínteses multivariadas, que em situação de recolha primária dificilmente seriam viáveis. Assim, após uma fase de exploração aprofundada de algumas informações e bases de dados disponíveis, este tratamento detalhado conduziu-nos à série intitulada “Eurobarómetro 67,3: Serviços de cuidados de saúde, trabalho

não declarado, relações da UE com os países vizinhos, e ajuda ao desenvolvimento, Maio-Junho de 2007”.

A presente investigação apresenta-se organizada em quatro capítulos distintos, ainda que complementares. O primeiro capítulo procura, na sua essência, traduzir-se num momento de desconstrução, teórica e conceptual, no sentido de fornecer ao leitor um conjunto de informações que permitam atingir um entendimento comum sobre a temática em estudo. Neste âmbito, procura-se discutir, nomeadamente, o conceito de idoso, família e dependência. Com um objectivo distinto, o segundo capítulo foca-se, sobretudo, nas políticas sociais orientadas para a terceira idade. O capítulo inicia com uma breve apresentação dos principais indicadores que sustentam a problemática do envelhecimento demográfico, assim como dão conta das reconfigurações que na família se têm operado, ao nível da sua estrutura e dinâmica. A par desta contextualização procura-se debater as implicações subjacentes à entrada da mulher no mercado de trabalho, as quais, verdadeiramente, não se confinam às questões de género mas passam, de igual modo, pelas mutações no mercado laboral, que juntamente com a urbanização, contribuíram para a recomposição da sociedade portuguesa e para o recuo das lógicas de funcionamento tradicionais. Esta reflexão sobre as dinâmicas da sociedade portuguesa, na contemporaneidade, permite-nos perceber os potenciais desencontros entre a forma como as políticas sociais são desenhadas e os valores, normas e expectativas que, dadas estas dinâmicas, se espera possam surgir. Assim, a segunda parte, visa precisamente proceder à caracterização dos diferentes modelos de Estado de bem-estar, no sentido de realçar as especificidades que perfilam o caso português. Este processo é acompanhado por uma revisão ao processo de emergência e consolidação do Estado-Providência Português, a partir do qual é possível, de seguida, apreender a lógica inerente às políticas sociais orientadas para a terceira idade. No terceiro capítulo discute-se a estratégia metodológica e o desenho da pesquisa adoptados, dando a conhecer, nomeadamente as potencialidades e limites ligados a essa escolha mas, identicamente, o modelo de análise e hipóteses da pesquisa. O último capítulo é totalmente dedicado à apresentação e discussão dos principais resultados.

CAPÍTULO 1. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS A IDOSOS DEPENDENTES: CLARIFICAÇÃO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Introdução

Ao longo dos tempos, a História protagonizou uma multiplicidade de conquistas assinaláveis em vários domínios da vida em sociedade. Na Economia como na Política este itinerário foi percorrido de formas distintas entre os vários países, desenvolvendo estas formas peculiares de conceptualizar e organizar o social. Verdadeiramente, após a sua edificação, os diferentes Estados-Providência desenvolveram mecanismos de resposta aos riscos que socialmente foram emergindo, como a pobreza, a doença ou a velhice. Efectivamente, *“O desenvolvimento de sistemas de protecção social reduziu consideravelmente o risco de pobreza, o qual no passado estava muito ligado a problemas de saúde, velhice ou acidentes, e contribuiu significativamente para melhorar o estado de saúde dos europeus nas últimas décadas”* [tn]. (CE, 2008, p.2).

Atentando especificamente ao risco de velhice, este emerge, na actualidade, revestido de complexidades múltiplas já que despoleta uma pluralidade de desafios que se interligam, sobretudo, com a necessidade evitar a doença e dependência, por via, designadamente, da provisão de serviços e mecanismos de apoio que contribuam para elevar a qualidade de vida destes idosos. Na realidade, *“O aumento da procura de serviços de longa duração representa um desafio político para muitos países já que a sua capacidade é considerada insuficiente e inadequada para atender às necessidades actuais e especialmente futuras e, portanto, para assegurar as condições de vida adequadas para os destinatários deste tipo de serviço”* [tn]. (CE, 2008, p.2). Deste modo, a implementação de um sistema de protecção social sustentável, em termos económicos, implica que se promova, uma gestão capaz de considerar os limites e condicionalismos, por um lado, mas também as oportunidades e forças, por outro.

Pese embora esse facto, o presente capítulo visa percorrer um outro itinerário, o da conceptualização do cuidado, particularmente daquele que se destina a idosos dependentes. Procura-se, por isso, encontrar um entendimento comum sobre o que comporta a noção de ‘cuidado’, por um lado, mas similarmente, atender à estreita relação que este conceito estabelece com o de ‘cuidador’, ‘idoso’, ‘dependência’, ‘família’ ou ‘mulher’. Em primeira instância, esta breve reflexão conceptual tem como finalidade fomentar uma análise compreensiva dos diferentes modelos de bem-estar contemporâneos, e com isso detectar as similitudes e especificidades que os pautam. Do mesmo modo, este trajecto permitirá iniciar

um debate em torno das diferentes forças que, no domínio do cuidado, se jogam, as quais não se confinam ao enquadramento político institucional do cuidador mas, que abrange, também o campo normativo e dos valores, no qual se manifestam expectativas sociais e se promovem escolhas sustentadas, já que são o resultado da ponderação entre as oportunidades e os constrangimentos de uma determinada acção. O presente capítulo procura, por isso, para além de fornecer alguns esclarecimentos conceptuais, atentar às principais tendências sócio-demográficas que pautam a sociedade portuguesa na actualidade.

1. Conceptualizando o Cuidado

Em termos empíricos é irrevogável a transição demográfica que tem ocorrido, de forma veloz, em Portugal. Este facto, colidiu no aumento substancial do número de idosos¹, o qual tem vindo a ser acompanhado por um aumento do rácio de dependência, já que o número de jovens, paralelamente tem vindo a diminuir. O conceito de envelhecimento é bastante mais complexo do que eventuais olhares ingénuos possam captar. Este envolve factores de várias ordens tais como os biológicos, económicos, políticos ou sócio-culturais. Particularmente, os aspectos biológicos permitem compreender de que forma se vão operando, com o avançar da idade, um conjunto de modificações físicas e mentais que poderão conduzir o indivíduo a vivencia episódios de várias naturezas, como perdas psicomotoras e cognitivas, afastamento social, ou restrição em papéis sociais. Por outro lado, a perda de determinadas capacidades e aptidões conduzem progressivamente o idoso à diminuição da sua capacidade para a realização de determinadas actividades que colocam em causa a sua sobrevivência e bem-estar, necessitando estes de cuidados específicos.

Neste quadro, na linha do que nos sugere Daly e Lewis, o conceito de cuidado social poderá emergir como uma potencialidade analítica no estudo dos actuais Estados-Providência, já que permite compreender de que forma estes se foram desenvolvendo e promovendo a sua intervenção (Daly e Lewis, 2000, p.281). Importa, assim, atender, sobretudo, às principais dimensões que este contempla, no sentido de o clarificar.

Em larga medida, sustentadas em alguns estudos, aquelas autoras procuram salientar duas vertentes ligadas ao cuidado social. Segundo elas, o cuidado social não pode ser perspectivado apenas sob o ponto de vista da provisão de um conjunto de serviços que visem

¹ Utilizamos como elemento definidor ‘idoso’ o elemento “idade biológica” enquanto critério operacional para decidir quem é idoso. Dentro deste, os 65 anos é o nosso ponto de corte, uma vez que é a idade legalmente estabelecida para a reforma por velhice sendo, aliás, um valor de referência para a esmagadora maioria das políticas sociais dirigidas para a Terceira Idade.

a garantia apenas das necessidades de nível instrumental, como sejam aquelas ligadas à alimentação, higiene, mobilidade ou medicação. Esta vertente da assistência e apoio é fundamental, para quem dela dependa funcionalmente, contudo, é imprescindível o reconhecimento do nível relacional, inerente à ligação que entre o cuidador e o cuidado se estabelece. (Daly e Lewis, 2000, p.281).

Comummente percebido como sinónimo de dependência (ou ausência de independência), o cuidado, envolve questões e factores múltiplos, sobretudo, porque se trata de um conceito de multidimensionalidade reconhecida. Efectivamente, em termos analítico-conceptuais o cuidado pode adquirir várias formas, podendo, neste ângulo, ser pago/ não pago; público/ privado; contratual/ não contratual; formal/ informal; provisão em dinheiro/provisão em serviços. Todavia, mais importante do que a identificação destas dicotomias importa, sobretudo, reconhecer que, implicitamente, o cuidado envolve uma conexão estreita entre o Estado, o Mercado, a Família e, também, o Sector Voluntário, cada um deles com entendimentos e envolvimento díspares, entre os diferentes Estados de Bem-estar.

Concretamente, existem três dimensões analíticas que merecem destaque: *“o cuidado enquanto trabalho”*; *“o cuidado na sua vertente normativa de obrigação e responsabilidade”* e ainda o cuidado *“(…) enquanto actividade e relações envolvidas no cumprimento dos requisitos físicos e emocionais dos adultos dependentes e crianças, e o quadro normativo, económico e social dentro do qual estas são atribuídas e executadas”* [tn]. (Daly e Lewis, 2000, p.285).

Nos últimos anos, em particular, as exigências na procura de cuidados para idosos dependentes, na perspectiva dos cuidados de longa duração², proporcionou uma intensificação do debate no campo político sobre a temática da prestação de cuidados a idosos dependentes. Paulatinamente a este debate promoveram-se, sobre este domínio específico da prestação de cuidados, um leque alargado de pesquisas sociais, muitas das quais centradas no receptor de cuidados outras, ainda, no prestador de cuidados.

Com enfoque particular no cuidador de cuidados, enquanto elemento central, esta investigação, centra a sua análise, não na experiência individual e efeitos ligados ao cuidado mas, sim, no cuidador enquanto actor que desempenha um papel social, dentro dum quadro normativo específico que o orienta para uma determinada acção. De facto, um leque alargado de campos afectam e são afectados pela prestação de cuidados a idosos, tais como as redes de

² A OCDE define os cuidados de longa duração como “uma questão política transversal que reúne uma gama de serviços para pessoa que são dependentes de ajuda com as actividades da vida diária (ADL’s) durante um período de tempo prolongado. [tn].(CE, 2008, p.3).

sociabilidade, os rendimentos do agregado, os lazeres o mercado de trabalho bem como a própria orgânica familiar, contudo apresenta-se fundamental introduzir, a este nível, a dimensão normativa e cultural, sendo, sobretudo, virtuoso ponderar sobre as questões de género e, concretamente, sobre a importância do papel das mulheres na garantia de bem-estar.

Verdadeiramente, quando nos reportamos ao cuidado prestado em contexto informal, este tem vindo a ser, em larga medida, desempenhado predominantemente por mulheres, normalmente esposas ou filhas. Todavia, para além do núcleo familiar (onde se destaca o envolvimento das mulheres) é possível, ainda, elencar, no âmbito do cuidado informal, os vizinhos e amigos, exercendo a comunidade local um relevante papel na satisfação das necessidades dos idosos, especialmente no domínio das Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), com um grau de exigência menor face às Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Note-se, a este propósito, que as ABVD traduzem um conjunto de actividades relacionadas com o autocuidado que o indivíduo necessita satisfazer quotidianamente, tais como, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, mobilizar-se, ir à casa de banho. Por seu turno, as AIVD, remetem para a capacidade do indivíduo viver de forma independente dentro da comunidade onde vive incluindo, por isso, actividades como ir às compras, tarefas administrativas, limpar a casa, telefonar, e outras similares.

Em todo o caso, importa salientar que, em Portugal, a família tem exercido um importante no domínio do envelhecimento, sobretudo, porque esta emerge como instância primária de prestação de cuidados, na qual o Estado exerce um papel complementar e subsidiário. Contudo, a família, não comporta apenas os elementos que a constituem mas, de igual modo, normas, regras, valores, interacções, papeis e funções diferenciados que caracterizam e a permitem, em larga medida, influenciar e ser alvo de influência da sociedade em que se encontra inserida. Este facto, é tão relevante quanto mais consideremos as profundas metamorfoses que têm pautado a sociedade portuguesa, as quais têm contribuído para a sua recomposição. Neste âmbito, é necessário ponderar se os traços que caracterizam as famílias, outrora, se reproduziram, ao longo do tempo e apesar das mudanças sociais ocorridas, no sentido de apurar se esta se apresenta disponível, nos dias de hoje, para assumir os papéis que, até então, esta têm vindo a desempenhar, como seja o da prestação de cuidados a idosos dependentes.

2. DESAFIOS DEMOGRÁFICOS: PORTUGAL NA EUROPA

“A angústia do envelhecimento é um produto da modernização, tal como o são a industrialização, a urbanização, o insucesso empresarial, o desemprego cíclico dos assalariados, a família nuclear ou o Estado de Bem-Estar.”

(Mendes, 2005, p.26).

Em termos históricos, a evolução da população decorreu, durante muitos séculos, de uma forma gradual e lenta. Porém, o crescimento demográfico mais acentuado e, concretamente, os desequilíbrios entre os nascimentos e as mortes ocorridos nas últimas décadas, desencadearam um processo de envelhecimento populacional, revestido de complexidades múltiplas. Objectivamente, este fenómeno resultou de conquistas assinaláveis, não só a nível médico ou nutricional mas, simultaneamente, em termos educacionais, culturais e sociais, os quais permitiram obter ganhos importantes na redução da mortalidade, sobretudo infantil, e, concomitantemente, prolongar a longevidade dos indivíduos.

De acordo com o que nos sugere a teoria da transição demográfica³ é possível identificar, ao longo dos tempos, três fases distintas no que toca ao comportamento demográfico societal. A primeira fase, marcada por elevados valores de fecundidade e de mortalidade, perdura nas sociedades tradicionais, o que possibilita melhor compreender os padrões demográficos registados, na medida em que estas sociedades se caracterizavam, por um lado, por uma ausência de meios de contracepção e, do mesmo modo, detinham uma nutrição débil, o que associado à emergência frequente de doenças e a outro tipo de comportamentos, empolava os níveis de mortalidade.

A estabilidade entre o número de nascimentos e o número de óbitos, que perdurou nas sociedades tradicionais, é posta em causa, já que, numa segunda fase, se verifica um decréscimo da mortalidade, sugerido pelos progressos médicos e higiénico-sanitários, acompanhada pelos elevados valores de fecundidade. A “Revolução da Mortalidade”, como viria a ficar conhecido este fenómeno, sugerem alguns autores ter sido *“(...) consequência do moderno crescimento económico, na medida em que este implicou a elevação dos níveis de vida das populações, fomentando hábitos alimentares e de higiene mais favoráveis a vidas*

³ Segundo Bandeira, o primeiro ensaio sobre a teoria da transição demográfica foi operada por Thompson, em 1929. *“Em relação a Malthus, Thompson apresenta duas novidades: (1) o reconhecimento da existência de diferentes estados — e não estádios — de população e (2) a utilização, como critérios diferenciadores de três desses estados, das tendências da mortalidade e da natalidade.”* (Bandeira, 1996, p.12). Não obstante, na linha do que nos sugere o autor, a lógica evolucionista de transição emerge apenas em 1945, com Notestein, quando este preconiza os diferentes estádios de desenvolvimento populacional.

longevas. Para outros, é ela própria um resultado da mudança tecnológica no controlo das doenças (...)” (Mendes, 2005, p.31). Regista-se, portanto, neste momento, um incremento substancial da população, que viria a ficar marcado pelo fenómeno do babyboom, por volta dos anos 40. Efectivamente, neste período, a natalidade atinge um dinamismo sem paralelo de forma mais ou menos sincronizada em todos os países industrializados, não enfraquecendo nos vinte anos que se lhe sucederam.

Apesar disso, por volta dos anos 70 começou a evidenciar-se uma quebra acentuada da natalidade, despoletada nomeadamente pelo novo contexto de regressão económica sentida com a crise petrolífera de 1973. Consequentemente, a terceira e última fase, é marcada por baixos níveis, quer de mortalidade quer de natalidade, os quais geraram efeitos estruturais para a sociedade, na medida em que encontramos, por essa altura, os primeiros indícios do envelhecimento demográfico.

Assim, nos últimos decénios, a sociedade portuguesa, tem vindo a assistir a profundas alterações na sua estrutura demográfica. Efectivamente, o aumento acentuado da população adulta e idosa e o decréscimo progressivo da população jovem, instigou, em Portugal, uma rápida transição demográfica, a qual tem vindo a qualificar-se como “ (...) *uma situação sem precedentes em termos históricos, no que se refere aos níveis de envelhecimento demográfico, que se inscreve numa tendência que dificilmente será contrariada.*” (Rosa, 1996, p, 10).

Neste prisma, procura-se, no presente capítulo, analisar as variáveis demográficas que pautam as principais tendências registadas, em Portugal, no período que medeia entre 1995 e o primeiro decénio do século XXI, recorrendo para o efeito ao Instituto Nacional de Estatísticas enquanto fonte privilegiada de recolha de dados e informações estatísticas.⁴

Atentando aos dados patentes a tabela que segue, deparamo-nos em Portugal, no ano de 2010, com uma população residente total de 10636979 indivíduos, o que indica uma ligeira quebra populacional, na medida em que se manifesta uma diminuição da taxa de crescimento efectivo (-0,01%), o qual, em 1995, era de 0,26%.⁵

⁴ Para efeitos analíticos esta pesquisa privilegia o horizonte temporal mencionado por se entender pertinente a captação das principais tendências que caracterizam a viragem do século. Pontudo, importa expressar que para determinados períodos não existe informação estando estes devidamente sinalizados (x). Do mesmo modo, na ausência de dados para o ano de 2010 será considerado o ano mais recente com informação disponível.

⁵ Ver a este propósito o anexo I.

Tabela 1 – Principais indicadores na Demografia, Família e Educação, 1975-2010

INDICADORES/ANO	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
DEMOGRAFIA								
POPULAÇÃO RESIDENTE TOTAL	9307815	9818980	10030621	9970441	10043180	10256658	10569592	10636979
TAXA BRUTA DE NATALIDADE	x	x	x	x	10,7	11,7	10,4	9,4 (2009)
TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	10,77	9,72	9,69	10,29	10,32	10,30	10,19	9,82 (2009)
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	38,91	24,20	17,53	10,85	7,41	5,55	3,49	x
TAXA DE CRESCIMENTO EFECTIVO	4,71	1,08	0,14	-0,26	0,26	0,60	0,38	-0,01
ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDADE	x	x	x	x	1,4	1,6	1,4	1,3 (2009)
TAXA DE CRESCIMENTO NATURAL	x	x	x	x	0,04	0,14	0,02	-0,04
TAXA DE CRESCIMENTO MIGRATÓRIO	x	x	x	x	0,22	0,46	0,36	0,04
ESPERANÇA MÉDIA DE VIDA À NASCENÇA	x	x	x	73,93	75,15	75,95	77,69	79,20
ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	38,35	44,86	51,28	68,07	85,84	102,23	110,10	120,10
ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS	16,89	18,16	18,55	20,49	22,25	24,17	25,40	27,20
ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE JOVENS	x	x	x	x	25,9	23,6	23,1	22,7
ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA TOTAL	x	x	x	x	48,2	47,8	48,6	49,9
FAMÍLIA								
NÚMERO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS	x	x	x	x	x	3524684	3785090	3942216
NÚMERO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS MONOPARENTAIS	x	x	x	x	x	269463	283805	346104
IDADE MÉDIA AO PRIMEIRO CASAMENTO	25,7	25,4	25,6	26,2	26,8	27,5	28,9	x
TAXA BRUTA DE NUPCIALIDADE	x	x	x	x	6,6	6,2	4,6	3,8
TAXA BRUTA DE DIVÓRCIO	x	x	x	x	x	1,9	2,1	2,5
ESCOLARIDADE								

TAXA DE ESCOLARIDADE DE NÍVEL SUPERIOR	x	x	x	x	x	8,8	12,8	15,4
TAXA DE ABANDONO PRECOCE DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO	x	x	x	x	x	43,6	38,8	28,7

Fonte: Instituto Nacional de Estatística

É, ainda assim, necessário expressar, que a ausência de crescimento populacional em 2010, é produto duma taxa de crescimento natural negativa (-0,04%) cuja taxa de crescimento migratório não foi capaz de contrabalançar, como acontecera em períodos anteriores.

Em termos evolutivos, e atentando à variação da população e ao crescimento efectivo, após um período de expansão demográfica, cujo apogeu coincidirá sensivelmente com a transição do século, detecta-se um abrandamento acentuado e contínuo destas duas variáveis.⁶

Não é possível contornar a evidente mudança na estrutura da população portuguesa que comprova indiscutivelmente o processo de envelhecimento populacional que marca notoriamente a viragem do século. Verdadeiramente, incidindo, agora, a atenção sob aquela estrutura por grupos de idades, detecta-se que, a par do abrandamento registado nos indicadores de crescimento populacional, detecta-se, igualmente, entre 1995 e 2010, um aumento da proporção de indivíduos com 65 ou mais anos de idade, sendo de 18,2%, em 2010. Estes dados estatísticos reflectem, obviamente, um processo contínuo de envelhecimento demográfico, já que a o peso relativo dos jovens, isto é, dos indivíduos entre os 0 e os 14 anos, é de 15,1%, no ano homólogo.⁷

Assim, face ao aumento da importância relativa dos idosos (envelhecimento no topo) e à diminuição da importância relativa dos jovens (envelhecimento na base), Portugal, depara-se com um duplo envelhecimento⁸. A propósito desta tendência de duplo envelhecimento populacional, que caracteriza a sociedade portuguesa, Rosa, revela que se trata de um caso singular, na medida em que apesar de se registar em todo o território nacional, manifesta, em simultâneo, “(...) *assimetrias regionais em termos dos níveis de envelhecimento na base (Norte/Sul) e no topo (Litoral/Interior)*” (Rosa, 1996, p.196).

Paulatinamente, esta tendência, potencia um incremento no índice de envelhecimento⁹, o qual passa de 85,84, em 1995, para 120,1, em 2010¹⁰. Por sua vez, o índice de dependência

⁶ Ver anexo II.

⁷ Note-se que a EU-27, em termos globais, exibe uma estrutura populacional notoriamente envelhecida, a qual expressa já valores preocupantes para as próximas décadas. A este propósito importa consultar o anexo III.

⁸ Ver anexo IV.

⁹ Entenda-se por índice de envelhecimento a “ *Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com*

total¹¹, isto é, o número de jovens e de idosos em cada 100 indivíduos em idade activa, evidencia um incremento de 1,7 no período entre 1995 e 2010. Ainda que aparentemente modesto este número traduz com perfeição o grau de exigência ligado à pressão dos idosos para a economia nacional, sobretudo, porque o índice de dependência de jovens (número de jovens por cada 100 indivíduos em idade activa) está em permanente quebra, contrariamente ao índice de dependência de idosos (o número de idosos por cada 100 indivíduos em idade activa), que acresce de ano para ano.

Todavia, mais do que a simples constatação de uma tendência, que se afirmara já desde a década 60 do século passado, trata-se de uma mudança estrutural do ponto de vista das implicações que acarreta. Concomitantemente, compreendê-la, implica ter presente a variação registada nos indicadores demográficos, no que respeita, nomeadamente, à taxa de fecundidade e, por outro lado, à longevidade.

Neste prisma, duas considerações são necessárias. A primeira, refere-se ao incontornável declínio da fecundidade, cujo índice, em 2009 fora de 1,32 crianças vivas por mulher. Note-se, porém, que este valor decresceu ligeiramente face ao ano de 1995, já que, nesse ano, era de 1,37 crianças por mulher. Assim, em Portugal, o índice sintético de fecundidade mantém a tendência de abrandamento iniciada na década de 70, sendo que, o ano 1981 representa o último ano em que se registou o valor mínimo passível de garantir a substituição das gerações, com 2,13 crianças vivas por mulher¹². Trata-se, por conseguinte, de um facto que se tem mantido e agravado na última década, já que de 1,60, em 2000, se passou para 1,3, em 2009. De facto, no domínio da natalidade e concretamente incidindo a atenção na sua taxa bruta¹³, esta tem vindo a diminuir acentuadamente. Concretamente, entre 1995 e 2009, o número de nados-vivos por cada mil habitantes decresce de 10,7‰ para 9,4 ‰. Considerando-se o mesmo período temporal em análise, no que concerne à taxa bruta de

idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos)” (INE).

¹⁰ Importa, sobretudo, ter em consideração o incremento registado do índice de envelhecimento ao longo dos últimos 50 anos, sendo aproximadamente de 27%, em 1960, de 34%, em 1970, de 45%, em 1980, de 68%, em 1990, de 102, em 2000 e de 120,1 em 2010. (INE). Ver anexo V.

¹¹ Entenda-se por índice de dependência total a *“Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos).”* (INE)

¹² O valor mínimo que garante a substituição das gerações é 2,1 crianças vivas por mulher.

¹³ O número de nados-vivos ocorridos durante um determinado período, normalmente um ano civil, por cada mil habitantes diz respeito à taxa bruta de natalidade.

mortalidade¹⁴ esta segue os mesmos passos da taxa anteriormente apresentada, traduzindo-se em 10,32‰, em 1995 e 9,82‰, em 2009¹⁵.

Somente uma segunda consideração para atender aos ganhos obtidos na longevidade. Este incremento nos anos de vida resulta, fundamentalmente, das melhorias obtidas na saúde, na higiene, no saneamento público, os quais permitiram ampliar a sobrevivência, sobretudo nas idades mais avançadas. Neste quadro, em Portugal, a esperança média de vida à nascença evidenciou um acréscimo de cerca de 5 anos, entre meados dos anos 90 e o primeiro decénio do século XX.¹⁶

Não é possível classificar este fenómeno como inédito em Portugal, já que este se inscreve na generalidade dos países da União Europeia, ainda que este assuma valores mais preocupantes no primeiro caso¹⁷. São múltiplos os desafios que este fenómeno ressalta, contudo, os cenários demográficos, tem vindo, essencialmente, a reflectir as baixas taxas de fecundidade que se têm assinalado, as quais, para além, de terem reflexos directos no envelhecimento populacional, se traduzem num aumento considerável do índice de dependência dos idosos e, consequentemente numa redução do peso relativo da população activa. Esta situação gera desequilíbrios importantes no domínio da protecção social, na medida em que as despesas em prestações sociais com os pensionistas reflecte um aumento robusto, enquanto que a proporção de activos sofre um decréscimo, colocando em risco a própria sustentabilidade do sistema de segurança social. É, sobretudo, por este facto que importante compreender de que forma os Estados-Providência estão devidamente apetrechados e preparados para fazer face a esta nova conjuntura.

Não obstante, a temática do envelhecimento demográfico tem vindo a protagonizar enfoques diversos do ponto de vista do seu enquadramento teórico-conceptual, potenciando-se aqui, não raras vezes um intercâmbio entre perspectivas e horizontes analíticos. A multidimensionalidade que este fenómeno ostenta é tão rica quanto os desafios que este representa para as sociedades modernas, já que estes não se assumem como transitórios mas estruturais, do ponto de vista da sua durabilidade e implicações financeiras, sociais e culturais

¹⁴ A taxa bruta de mortalidade é produto do número de óbitos registados durante um dado período, geralmente de um ano civil, por cada mil habitantes.

¹⁵ Ver anexo VI.

¹⁶ Os últimos dados disponíveis, no eurostat, a propósito da esperança média de vida à nascença na União Europeia, que integra os 27 países, reportam-se ao ano de 2007, período em que este indicador foi estimado em 76,07 e 82,23 anos, para homens e mulheres, respectivamente. Note-se, igualmente a diferença registada em cerca de 6 anos entre ambos os sexos.

¹⁷ Note-se, no entanto que, no que concerne à taxa de mortalidade infantil, Portugal apresenta uma taxa bastante inferior à média da União Europeia (27), já que se registou 4,3‰, no primeiro caso, e de 3,6‰, no segundo, para o ano de 2009. Portugal, porém, assinala já em 2010 um valor positivo já que esta taxa se situou em 2,4‰, não existindo informação para a UE relativamente a este ano.

que este acarreta. Saliente-se, neste âmbito, a cadeia de imperativos que emerge e para os quais urgem respostas consistentes, tais como os que se relacionam com a prestação de apoio a idosos dependentes.

Com efeito, importa ter presente que o envelhecimento demográfico registado em Portugal se evidenciou, em diferentes ritmos e sentidos, por toda a Europa. Todavia, os principais indicadores, anteriormente examinados, revelam no processo de modernização de que são alvo os países, designadamente Portugal, uma aproximação de indicadores, tendo como padrão referencial os membros mais desenvolvidos da União Europeia. Não obstante, António Barreto salienta que não se trata, ainda assim, de uma evolução homogénea entre países, visto *“(...) estar a processar-se a ritmos muito rápidos: em duas ou três décadas fez-se em Portugal o caminho que outros percorreram em quatro, cinco ou seis.”* (Barreto, 1996, p.41). Acrescenta, ainda, que este fenómeno, em Portugal, tem vindo a acentuar alguns indicadores demográficos, nomeadamente, no que toca ao envelhecimento populacional.

Por conseguinte, apresentando estádios divergentes de maturação dos respectivos Estados de bem-estar, os diferentes países têm promovido distintas formas de actuação, no domínio do sistema de apoio e de protecção social à terceira idade. Concretamente, as lógicas que dão corpo às políticas sociais promovidas no âmbito da terceira idade diferem, na sua essência, do modelo de Estado em que estas assentam. Efectivamente, *(...) mesmo nos países que, hoje, fazem parte da União Europeia – e que, como tal, enformam o modelo social europeu – as diferenças entre o conjunto de políticas sociais que, em última análise, estão na base do Estado Providência, são de tal modo significativas que não é possível falar de um único modelo europeu”* (Silva, 2000, p. 51)

Na sociedade portuguesa, decorrente da crescente pressão exercida pelos idosos, emerge recentemente a problemática da prestação e cuidados a idosos, a qual se pauta por um carácter fundamentalmente assistencialista e familiarista, o qual remete o Estado para um papel complementar. Este facto exprime a necessidade de atentar ao processo de emergência e consolidação do Estado-Providência, focando o olhar nas medidas promovidas no domínio da terceira idade.

3. (RE) CONFIGURAÇÕES DA FAMÍLIA

“A família é o lugar primordial das trocas inter geracionais. É aí que as gerações se encontram e interagem de forma intensa. É o lugar do don, da troca, da entre ajuda incondicional” (Fernandes, 2001, p.9)

À medida do que se evidencia nas restantes estruturas da sociedade, também, a família tem vindo a recompor-se e a sofrer transformações profundas. Por conseguinte, não é possível ignorar a importância e preponderância que esta tem vindo a assumir, principalmente, em Portugal, no domínio da prestação de cuidados e apoio a idosos, particularmente para aqueles que se encontram em situação de dependência. Contudo, a família que aqui se aborda apresenta características profundamente distintas daquelas que a descreviam outrora.

Na linha do que nos sugere Fernandes, a família, enformada por laços de interacção e, simultaneamente, de afecto e intimidade entre os membros que a compõem, reflecte, no fundo, um lugar, por excelência, de trocas inter e intra geracionais, na medida em que esta assenta, na partilha de papéis e solidariedades diversas. Concretamente, numa mesma família é, hoje, possível interagir quatro gerações, alargando-se, por conseguinte, o conjunto de papéis e funções nela existente. De facto, *“Na Europa, o parentesco e as relações de vizinhança sustentaram, durante muitos séculos, um casulo de proximidade onde todos pareciam ter lugar protegido para a vida”*. (Mendes, 2005, p.17). Este facto, traduz o efeito positivo do aumento da longevidade dos indivíduos, e, com ele, a necessidade de garantir a prestação de cuidados e de apoio.

Em termos históricos a família, ao longo do tempo, foi ampliando as suas funções e papéis, procurando adaptar-se às próprias mutações da sociedade e contribuindo para a sua própria recomposição. Verdadeiramente, no passado, o agregado familiar era entendido como a principal fonte de produção económica, sendo que, hoje apresenta-se, fundamentalmente, como uma unidade de consumo.

Na actualidade, porém, investe-se mais na afectividade, na emotividade e na troca de experiências entre os diferentes membros que compõem o agregado. Mendes sustenta que este investimento *“ (...) que os pais poderiam fazer na sua prole, no quadro pré-moderno de elevadíssima mortalidade infantil, era certamente escasso. (...) a boa paternidade e a boa maternidade são uma invenção da modernização”* (Mendes, 2005, p.19).

Do mesmo modo, progressivamente as famílias numerosas deram lugar a famílias, substancialmente mais reduzidas, adaptando-se, desta forma às novas realidades sócio-

económicas e contribuindo, necessariamente para a alteração da demografia do país, por via do decréscimo do índice de fecundidade, o qual viria a colocar em causa a própria renovação geracional. Como tal, importantes alterações se evidenciaram ao nível da estrutura das famílias, as quais lhe conferem, na actualidade maior instabilidade e a coloca em causa, no momento de a considerar a célula fundamental da sociedade.

A alteração da dinâmica familiar levanta, ela própria, alguns questionamentos quanto à disponibilidade e recursos que esta demonstra no âmbito do apoio às gerações mais idosas, as quais aumentaram consideravelmente, particularmente entre os idosos muito idosos. Neste domínio, é relevante potenciar a uma análise mais profunda em torno da construção social da velhice, já que, nas diferentes sociedades, e ao longo da História, existe uma variação significativa da imagem e das representações sócio-culturais em torno do idoso, sendo-lhe, aliás, reconhecidos diferenciados papéis. Ainda assim, é de salientar que é a própria sociedade que constrói a imagem e o estatuto deste grupo etário, reconhecendo-lhe direitos e, simultaneamente, possibilidades e interesses. De facto, se iniciarmos esta abordagem pela sociedade tradicional ou primitiva, importa precisar que a imagem do idoso era revestida pela crença de que a velhice era fonte de poder, de experiência de vida e sabedoria. Assim, no que concerne “(...) aos pais idosos que perdem em absoluto a capacidade de trabalhar para o seu sustento, eles são geralmente sustentados pelos filhos, no quadro da sucessão da chefia da família alargada, incluindo colaterais, ascendentes, criadagem e descendentes a su cargo.” (Mendes, 2005, p.19). Neste período, era dado grande relevo à experiência de vida, enquanto pilar de sustentação de um determinado grupo que, habitualmente se regia pelo sábio que indicava ao grupo, ao qual pertencia, os caminhos a seguir.

Ainda assim, não se pode porventura ancorar esta abordagem exclusivamente numa perspectiva, eminentemente, positiva de perceber os idosos. Pelo contrário, esta imagem foi-se modificando consideravelmente, passando, nomeadamente, por fases de rejeição. Senão atentemos à Grécia Antiga em que a velhice era recusada, perante uma sociedade que enaltecia o jovem guerreiro, caracterizado por uma força inesgotável. Associava-se, portanto, à velhice uma fase progressiva de degradação da juventude e do corpo e, neste sentido, por essa altura, representava algo eminentemente negativo e depreciativo.

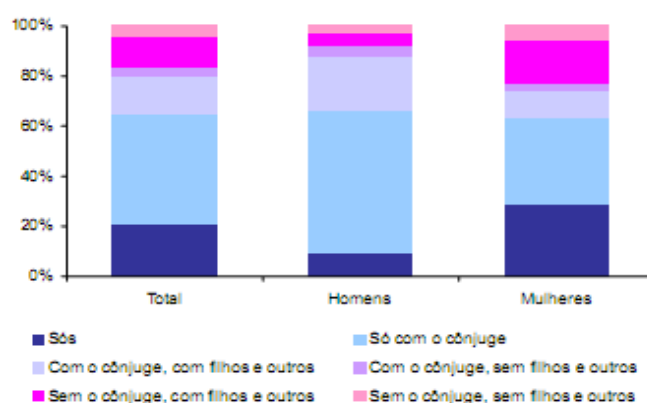
Ultrapassada essa fase, já nas economias industrializadas, “A velhice começa lentamente a configurar-se como a fase do ciclo de vida individual em que a expulsão do mercado de trabalho, sendo irreversível, cria um novo risco colectivo de marginalização dos idosos, que os ameaça de exclusão da própria sociedade” (Mendes, 2005, p.25). Consequentemente, as famílias e as redes de vizinhança, no que toca quer os laços parentais,

quer aos laços de proximidade, são afrontados com este processo, gerando-se a inquietude e a insegurança face a esta nova angústia social. É, fundamentalmente, neste quadro de desagregação, que “(...) o nexo geracional interno à esfera parental atingirá os limites, revelando-se crescentemente ineficaz perante novas e velhas eventualidades que ameaçam a sobrevivência e bem-estar dos indivíduos(...)” como seja o caso da velhice. (Mendes, 2005, p.26).

Face a estes limites, o Estado emerge com um papel complementar, por via da protecção social, no sentido de garantir a substituição do rendimento, após a exclusão do mercado de trabalho destes idosos que se vêm impossibilitados de trabalhar, e/ou, através da provisão de cuidados de saúde e de apoio. O desenvolvimento de formas públicas de protecção social para estes idosos, serviu, a dada altura, para um certo apaziguamento das inseguranças e incertezas outrora existentes. Contudo, à medida que nos aproximamos da actualidade, deparamo-nos com novos e velhos riscos associados ao destino das populações mais idosas, na medida em que, face à inexorável mutação das famílias no que respeita à concepção do cuidado ao idoso e à dúbia sustentabilidade financeira, quer dos sistemas de pensões quer na garantia dos cuidados de saúde para as populações mais idosas, ambos sob a tutela do Estado Social.

Atentando a um conjunto de dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística a propósito do Dia Internacional do Idoso, detectam-se algumas tendências importantes ao nível da organização e tipologia das famílias dos indivíduos com 65 e mais anos.

Figura 1 – Indivíduos com 65 e mais anos por tipologia de agregado, Portugal, 2006, em percentagem



Fonte: INE, Inquérito ao emprego, 2006

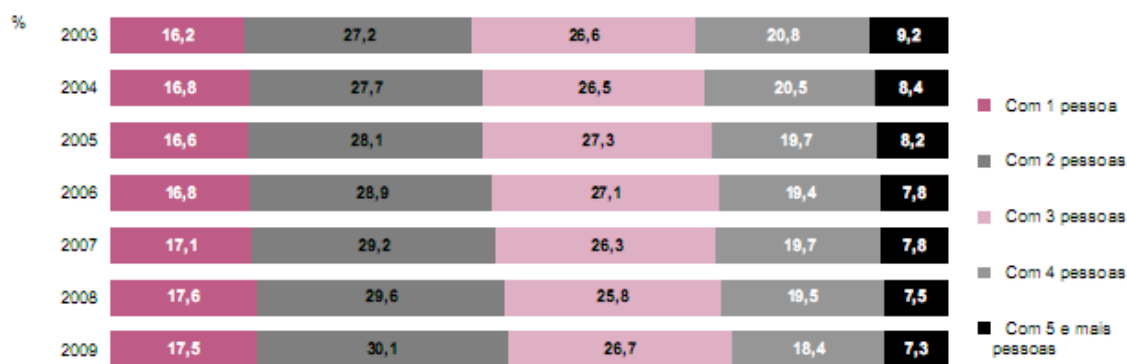
Assim de acordo com a figura 1, é de salientar que “Em 2006, a maioria dos idosos (62,8%) vivia com o cônjuge (só com o cônjuge, com ou sem filhos e outros), 20,7% viviam

sós e 16,5% viviam sem cônjuge (com ou sem filhos e outros).” (INE, 2007). Importa, ainda, atentar à elevada proporção de idosos que vivia somente com cônjuge (44,2%), ou, porventura, aos que viviam sós (20,7%).

Em termos analíticos, detectamos que, na actualidade, as famílias são cada vez mais compostas por idosos na sua maioria, não significando que esta respeite a tipologia clássica de agregado familiar, já que os que vivem com outros elementos familiares detêm uma expressão mais residual, o que evidencia, de certa forma, um maior isolamento destes idosos, relativamente à sua família. Registe-se, igualmente, a diferença destes indivíduos com mais de 65 anos, por sexo. Neste domínio, desde logo, se percebe que as mulheres a viver só exibem valores mais elevados (quase o triplo) quando comparados com o sexo oposto, tendência esta que se vêm assinalando já desde a o final da década de 90.

Na verdade, decorrente de fenómenos como a industrialização e urbanização, e respectivas alterações que daí redundam, a família denominada extensa ou alargada, tem vindo a perder importância, sendo predominante, nas sociedades actuais, a família nuclear¹⁸. De facto, conforme nos ilustra a seguinte figura, entre 2003 e 2009, manifesta-se um acréscimo, sobretudo, das famílias constituídas por apenas um elemento, podendo este dado ser produto, nomeadamente, do aumento do número de divórcios ou, porventura, por viuvez. Considerando o oposto, isto é, as famílias que integram 5 e mais pessoas, estas revelam indiscutivelmente uma perda, em termos quantitativos, indo de encontro e comprovando o que fora anteriormente afirmado.

Figura 2 – Estrutura das famílias, por dimensão média, Portugal, 2003-2009, em percentagem



Fonte: Indicadores sociais, 2010, p.34

¹⁸ A família alargada, ou extensa, integra os elementos constituintes da família nuclear, isto é, geralmente, dois adultos de sexos diferentes e respectivos filhos, quer sejam biológicos ou adoptados, bem como outros familiares referentes a outras gerações como sejam os avós, tios, genros, sobrinhos. Assim, “uma família extensa pode ser definida como um grupo de três ou mais gerações que vivem na mesma habitação ou muito próximas umas das outras”. (Giddens, 2004, p.175).

Como anteriormente analisado, a família, pode assumir estruturas e composições díspares, fruto da evolução social que, ao mesmo tempo que supriu, potenciou a emergência de novos tipos de organizações familiares.

Uma análise mais pormenorizada em torno das famílias clássicas, por tipo, permite, colocar em relevo alguns factos, registados na última década, mais precisamente entre 2001 e 2009. Com efeito, verificou-se efectivamente, nesse período, um acréscimo generalizado de todos os tipos de família: incrementaram as constituídas por apenas uma pessoa (representavam, em 2001, cerca de 15% do total de núcleos familiares, passando, em 2009, para cerca de 18%); as que integram um casal sem filhos (empolando 170218 unidades, cerca de 2,5%), bem como as que compreendem um casal com filhos, que manifestou um acréscimo de 33713 famílias. No que respeita às famílias monoparentais¹⁹, estas assinalaram um incremento importante de cerca de 59057 unidades. Para este facto terá, certamente, contribuído a dissolução do casamento por divórcio²⁰, já que os filhos ficam a cargo apenas de um dos progenitores, geralmente a mãe. De facto, esta parece ser, aliás, uma tendência partilhada pela UE e por Portugal, já que em ambos os casos se registou um incremento desta taxa. Concretamente, Portugal, registou, em 2010, uma taxa bruta de divórcio na ordem dos 2,5‰²¹.

No campo da nupcialidade, evidenciou-se uma diminuição generalizada do número de casamentos celebrados por toda a União Europeia (27), no período que medeia entre 1998 e 2007²². Efectivamente, a taxa bruta de nupcialidade²³ regista um decréscimo de cerca de decresce cerca de 0,24‰. Não obstante, atentando ao caso português, esta diminuição é, sobretudo, mais evidente, senão vejamos, que esta taxa passa de 6,6‰ para 3,8‰, entre 1995 e 2010.²⁴ Pese embora este facto, saliente-se que, em Portugal, da totalidade de casamentos realizados em 2009, 30288 (75%), foram de primeiros casamentos, evidenciando este dado

¹⁹ “O conceito de “família monoparental” refere-se, em sociologia da família e nos estudos de política social, a uma mãe ou um pai a viver sem cônjuge e com filhos dependentes (crianças ou jovens adultos solteiros), sendo esta a definição encontrada nos estudos sobre o funcionamento e as consequências da monoparentalidade” (Wall, 2003, p.51).

²⁰ O divórcio firma a “Dissolução legal e definitiva do vínculo do casamento em vida de ambos os cônjuges”, os quais a partir desse momento se encontra livres para recompor o seu núcleo familiar, podendo inclusive voltar a casar. Assim, a taxa bruta de divórcio ou divorcialidade remete para o número de divórcios registados num dado período temporal (geralmente de um ano), por cada 1000 habitantes. (INE).

²¹ Existem somente dados referente à UE até ao ano de 2007, surgindo com uma taxa bruta de divórcio de 2,1‰, que traduz os 1 012 301 divórcios consumados.

²² Apenas foi possível estabelecer uma análise comparativa entre Portugal e a União Europeia (UE) entre 1998 e 2007, na medida em que, no caso da UE, apenas estão disponíveis esses dados até este último ano.

²³ A taxa bruta de nupcialidade designa o número de casamentos celebrados num determinado período temporal (habitualmente de um ano civil), por cada 1000 habitantes. (INE).

²⁴ Entre 2001 e 2009 celebraram-se menos 17999 casamentos, o que somado ao um incremento efectivo das uniões de facto, permitem evocar uma mutação da dinâmica familiar que se expressa em novas formas de configuração e organização do núcleo familiar.

um decréscimo substancial do valor deste indicador face a 2003, que representava aproximadamente 84% da totalidade dos casamentos. Paralelamente, evidencia-se um aumento considerável da nupcialidade de segunda ordem²⁵ ou superior, em cerca de 9%, o que retrata o incremento considerável das famílias recompostas²⁶. Neste quadro, a perda de importância dos casamentos parece caminha a passo com a redução do número de casamentos católicos e civis, ainda que no primeiro caso seja mais evidente e acentuada do que no segundo²⁷.

Em suma, em termos estruturais, a célula familiar foi alvo de profundas mutações: diminuição do número médio de membros que a integram; acréscimo substancial das famílias monoparentais, aumento do número de famílias compostas por apenas uma pessoa; decréscimo das famílias extensas ou alargadas; incremento notório das famílias recompostas, fruto do aumento das rupturas conjugais, que atinge a sua materialização nos divórcios; diminuição da taxa de nupcialidade, no que respeita aos casamentos religiosos, mas, identicamente, os civis; aumento das uniões de facto. Assim, a par da evolução das dinâmicas sociais e culturais, é possível, igualmente, colocar em evidência a própria evolução do conceito de família, já que não mais é exequível abordá-la como se existisse somente um modelo universal. Na verdade, de acordo com Giddens, *“Ao usarmos o termo “famílias”, sublinhamos a diversidade das formas familiares. Embora o termo “família” possa ser usado mais facilmente, é vital lembrarmo-nos da grande variedade que este abrange”* (Giddens, 2004, p.176).

Note-se que, estamos perante novas estruturas de relações entre os elementos que compõem o núcleo familiar, as quais foram instigadas, como disse, nomeadamente, pelo aumento considerável do número de divórcios mas, também, pela modificação dos padrões de nupcialidade e de fecundidade, os quais colocam em causa os equilíbrios tradicionais destas famílias e surtem reflexos na forma como estas são hoje concebidas. Neste contexto de maiores indefinições e descontinuidades, *“para certas ideologias mais conservadoras, estas transformações representam uma crise da família, de um modelo de família nuclear e monolítica”* (Fernandes, 2001, p.12) Mas, poderá, ainda assim, o Estado conceber a família como primeira instituição de prestação de cuidados informais aos idosos que necessitam de apoio?

²⁵ Enquanto que a nupcialidade de primeira ordem remete para os primeiros casamentos, isto é, de mulheres e homens solteiros, a nupcialidade de segunda ordem implica necessariamente que pelo menos um dos nubentes tenha já sido casado.

²⁶ Ver anexo VII.

²⁷ Ver anexo VIII.

4. AS MULHERES E O MERCADO DE TRABALHO

“A compreensão do papel das mulheres na sociedade e no mercado de trabalho não pode ser dissociada do trabalho doméstico no contexto do lar e da família.” (Macedo e Sofia, 2009, p.139).

No passado, cabia ao homem a provisão de recursos económicos para a sua família, exercendo este, sobretudo um papel instrumental, de provisão de bem-estar para os demais elementos que compunham o seu agregado. Neste prisma, à mulher competia o desempenho de papéis tradicionalmente ligados à vida doméstica, não desempenhando esta qualquer tipo de actividade remunerada. A esta segregação dos papéis sexuais²⁸ somava-se, indiscutivelmente, uma efectiva separação entre a esfera privada e a esfera pública, a primeira associada às mulheres – como fruto do seu desempenho nas tarefas do lar e da prestação dos cuidados à família – e, a segunda, atribuída aos homens, decorrente da sua participação na actividade económica, que, de resto, se assumia como fundamental para garantir a subsistência do seu agregado familiar. Efectivamente, *“(…) no contexto da modernidade tardia e da rápida reconfiguração dos papéis de género verificaram-se «numerosas formas de divisão sexual do trabalho nas esferas pública e privada.»* (Arnot [et al], cit por Macedo e Santos, 2009, p.131). Esta imagem do homem “ganha-pão” e da mulher “a fada do lar”, persistiu durante largas décadas, até ao momento em que esta, durante o processo de industrialização, passou a assumir um importante lugar no processo produtivo e, em termos globais, na actividade económica.

A segregação, sustentada no género, foi posta em causa com o término da Segunda Guerra Mundial, momento a partir do qual se evidencia um crescimento da participação das mulheres na actividade económica. Apesar de, em Portugal, a tendência para uma crescente participação feminina no mercado de trabalho, apenas se evidenciar no período pós 25 de Abril, sobretudo no campo na educação e saúde, dados recolhidos junto do INE, comprovam a elevada taxa de actividade das mulheres na actualidade, em termos nacionais. De facto, a taxa média da actividade feminina, em Portugal é das mais altas, no contexto da UE dos 27, situando-se nos 56%, em 2009.

²⁸ *“O conceito de papel sexual tem sido frequentemente utilizado na psicologia social e na sociologia para caracterizar comportamentos e atitudes consonantes com o sexo do actor que os realiza, exprimindo assim uma dimensão normativa”* (Oliveira e Amâncio, 2002, p.45).

Apesar disso, não é, ainda hoje, possível dizer que as mulheres alcançaram o sentido subjacente à igualdade de género, na medida em que apesar da sua conquista formal²⁹, esta não se repercute igualmente na relação que entre homens e mulheres se estabelece no mercado de trabalho. Prova disso, é a desigualdade estrutural que ressalta nas relações hierárquicas e de poder que se evidencia entre ambos, quer no contexto laboral quer no domínio familiar, as quais promoveram a construção de um modelo de cidadania profundamente enraizada no género.

Actualmente reconhece-se o aumento de poder de decisão no seio familiar por parte das mulheres, relativamente ao passado. *“São cada vez menos as mulheres que assumem uma condição de doméstica e, por consequência, a taxa de actividade feminina aumentou de forma notória nas últimas décadas, particularmente desde os meados dos anos 70.”* (Lalanda, 2006, p.7). Este declínio do patriarcalismo relaciona-se necessariamente com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com o aumento gradual da sua instrução, formação e educação – esta participação activa no mercado parece conferir maior poder de decisão às mulheres na esfera doméstica.

Assim, o aumento da pressão subjacente ao acumular de tarefas e a maior responsabilidade, a par de uma maior sobrecarga económica, poderá potenciar uma maior conflitualidade e um acréscimo dos condicionalismos das relações sociais, uma vez que, na maioria dos casos, é apenas um familiar que assume a função de cuidador principal, deixando, por vezes debilitar a sua carreira sócio-profissional. Saliente-se, porém, que uma análise deste fenómeno implica entrar em linha de conta nomeadamente com a dimensão normativa e cultural que subjaz à prestação de cuidados, a qual se relaciona com a própria construção social das funções atribuídas à mulher que, tradicionalmente, têm vindo a ser socializada para otimizar determinadas qualidades.

Neste quadro, perspectiva-se impactos simultaneamente a dois níveis: no trabalho (sobretudo no que se refere às identidades laborais e profissionais profundamente genderizadas) e na família (nomeadamente ao nível da sua estrutura, forma de organização e relações interpessoais) (Macedo e Santos, 2009, p.131). Em termos concretos, surgem agora novos desafios ligados necessidade de conciliação das exigências que emanam do mercado de trabalho com os imperativos da família, que se relacionam não apenas com a assistência às crianças mas, igualmente, com a carência de cuidados e apoio que os idosos expressam. Verdadeiramente, contrariamente àquilo que acontecera outrora, as mulheres não mais estão

²⁹ Cf. Decreto-Lei n° 392/79, de 20 de Setembro.

disponíveis para cuidar e prestar apoio aos seus idosos, já que se encontram inseridas, na sua maioria, no mercado laboral. Por outro lado, importa salientar que o cuidado “(...) *é muito mais uma ‘economia mista’, envolvendo o estado, o mercado, a família e o sector voluntário*” [tn]. (Evers e Svetlik, cit por Daly e Lewis, 2000, 282). Nesta linha, a forma como o cuidado é reconhecido interliga-se estreitamente com o leque de políticas sociais desenvolvidas, de uma forma geral e, com o sentido que lhe é atribuído, de uma forma mais restrita. De facto, apenas tendo presente este aspecto se poderá compreender com mais profundidade a diferenciação de caminhos traçados pelos diferentes Estados-Providência, desde a sua emergência até à actualidade. Obviamente, não sendo objectivo prioritário esmiuçar a forma como cada Estado potenciou e reconheceu a questão no cuidado, torna-se, ainda assim, neste momento imprescindível, a título exemplificativo, fazer uso do caso dos Estados Escandinavos ou, ainda, dos que incorporam o grupo de países do Sul da Europa, somente para evidenciar formas distintas de perceber o cuidado, as quais se reflecte, com evidência, em alternativas distintas de organização familiar e, do mesmo modo, de perceber o papel do prestador de cuidados, que grosso modo, continua a ser desempenhado primeiramente pelas mulheres. Assim, contrariamente ao que acontece em Portugal, por exemplo, nos países escandinavos, providenciou-se um conjunto amplo de serviços não apenas para as crianças mas, também, para os idosos, que perfilam um grupo específico reconhecido socialmente, para os quais são disponibilizados serviços especializados de apoio, que de acordo com as necessidades de cada indivíduo poderá ser prestado a nível domiciliário. O caso português, concretamente, ilustra com requinte a forma como as políticas sociais dirigidas para aquele grupo se sustentam na solidariedade familiar, na medida em que se assume que no seu seio se deve proporcionar os cuidados necessários a prestar ao idoso.

A privatização do cuidado na família parece, no entanto, contrastar com o incremento da necessidade de inserção das mulheres no mercado de trabalho, que buscam o reconhecimento da importância do seu papel para a sociedade, no sentido de atingir uma igualdade de género efectiva, para além da formal. Com efeito ao longo dos anos o trabalho exercido pelas mulheres, na esfera privada tem precisamente potenciado uma separação entre esta última e a esfera pública. “*Deste modo, pode afirmar-se que o trabalho feminino no espaço doméstico sobrevive na (in) visibilidade do seu reconhecimento social*” (Macedo e Santos, 2009, p.139). A inserção da mulher no mercado de trabalho permitiu-lhe, assim, alcançar uma identidade profissional que lhe permitiu vislumbrar a sua emancipação. Sustentando a sua argumentação em Anália Torres, Dias sugere que, “*o emprego feminino representa hoje o desejo de realização pessoal, em resposta ao ideal de igualdade*

preconizado pelo movimento feminista nos anos 60, e emerge como um requisito para uma vida autónoma” (Dias, 2007, p.154).

Na verdade, o aumento do número de horas e exigências laborais significaram para a mulher um decréscimo da capacidade de gestão doméstica. Consequentemente, assumir a prestação de todos os cuidados necessários aos idosos, apresenta-se um processo complicado quer ao nível da gestão e organização familiar, quer ao nível do cuidador principal do idoso, na medida em que maioritariamente esta é uma função assumida pela mulher. Aqui, a questão do género permite potenciar uma leitura mais enquadrada da actualidade, apresentando-se do mesmo modo como virtuosa para *“(...) a análise do lugar da mulher no seio das relações de parentesco e da divisão social do trabalho”*, já que permite dar conta das relações hierárquicas que entre homens e mulheres se estabelecem, nomeadamente ao nível do mercado de trabalho. (Dias, 2007, p.155). Visando conciliar objectivos e necessidades do foro familiar e da ordem da prestação de cuidados a crianças e idosos com os objectivos profissionais e laborais, as mulheres têm vindo a aglomerar-se em postos de trabalho tendencialmente mais precários e a tempo parcial.

Na linha da mesma autora, e tal como explanado, no caso português, as políticas públicas têm vindo a reforçar *“(...) o patriarcalismo e o modelo assente na segregação dos papéis sexuais (...) ao implementarem benefícios dirigidos às mulheres enquanto mães e esposas, retardam fortemente o seu reconhecimento como cidadãs com direitos próprios”* (Crompton, cit por Dias, 2007, p.159).

Neste âmbito, as feministas apelam à necessidade de fazer uma distinção entre o trabalho remunerado e o trabalho não remunerado. Neste domínio, advogam que, em determinados casos, ainda que a mulher não exerça um trabalho pago, não significa isto, porém, que não trabalhem. Consideram, por isso que, nomeadamente as tarefas domésticas ou a prestação de cuidados deveriam ser consideradas como trabalho já que, ainda que não lhes seja atribuído um valor económico ou social, o exercício destas funções permite assegurar um conjunto de tarefas essenciais ao equilíbrio familiar e desenvolvimento das sociedades. (Perista, 2002, p.448). Por outro lado, permite igualmente que outros elementos do agregado familiar permaneçam inseridos no mercado de trabalho, sendo, nesta perspectiva, indiscutivelmente crucial para a manutenção do equilíbrio económico das famílias.

Existem, portanto, inúmeros constrangimentos e limitações subjacentes à entrada ou permanência das mulheres no mercado de trabalho, tais como as que advém do foro da esfera privada e familiar.

CAPÍTULO 2. AS POLÍTICAS SOCIAIS PARA IDOSOS EM PORTUGAL

Introdução

No domínio das políticas sociais inscrevem-se necessariamente certezas e incertezas não só em termos analítico-conceptuais mas, também, interpretativos. Por esse motivo, desde logo, importa procurar desmistificar alguns pressupostos e pilares em que estas assentam, no sentido de as clarificar e compreender em toda a sua plenitude.

Porém, mais do que fornecer apontamentos ou esclarecimentos de nível conceptual, o presente capítulo, procura vislumbrar os elementos que constituem a matriz normativa dos modelos de bem-estar, com o intuito de salientar algumas especificidades que os enformam. Neste âmbito, interessa perceber como é que a matriz dos valores, das normas, entendidas como orientações para a acção, reproduzem ou não o lugar que as políticas tendem a dar aos indivíduos enquanto membros de um agregado familiar. Com isto, procuramos questionar se o argumento familialista, que reafirma a total disponibilidade, vontade e aceitação das famílias para assumir o papel de prestadores de cuidados, se mantém válida. Neste âmbito se revela fundamental atentar à dinâmica normativa e dos valores no domínio concreto do bem-estar social, da relação que entre o indivíduo e o Estado se estabelece.

De forma mais precisa, o actual capítulo encontra-se organizado em cinco partes distintas. Assim, após uma breve clarificação de foro conceptual, em torno do Estado e Política Social, procura-se dar conta dos pressupostos que subjazem ao Modelo de Europa do Sul e, em particular, aos diferentes Estados de bem-estar que se edificaram pela Europa. O objectivo fundamental é compreender de que forma se processou a emergência consolidação do Estado-Providência Português e, em específico, os princípios e legados em que assenta, no sentido de melhor compreender de que forma são concebidas e organizadas as políticas sociais para os idosos em Portugal, designadamente, ao nível de benefícios e apoios existentes.

1. A POLÍTICA SOCIAL E O ESTADO

“O estudo das políticas sociais diz respeito à forma como o bem-estar social está organizado para atender às necessidades individuais e grupais, na saúde, abrigo, alimentação, vestuário e por diante. [tn]. (Alcock, 2008, p.26)

Verdadeiramente, em Portugal, tem-se verificado que a autonomização da Política Social, enquanto área disciplinar tem enfrentado algumas dificuldades. Não sendo prioritário para a análise que aqui se pretende inaugurar o debate sobre as principais contrariedades ligadas à autonomização desta área disciplinar em Portugal, é, ainda assim, extremamente relevante, por outro lado, clarificar o que se entende por política social. Objectivamente, entenda-se a política social todo o instrumento planeado que tem como objectivo a produção de bem-estar social, não sendo, por isso, exclusivo do Estado. Note-se que, não raras vezes, a discussão em torno da política social tem sido presidida sob a égide de uma conceptualização mais profunda sobre a condição de cidadania, a qual prevê um conjunto de direitos e deveres que devem ser garantidos. Inerente a esta condição emerge um leque alargado de medidas que buscam o seu reconhecimento mas que, concomitantemente, visam assegurar o exercício pleno dos direitos sociais até, então, alcançados³⁰.

Não obstante, as políticas sociais traduzem um conjunto de “(...) *políticas desenvolvidas pelo Estado em vista da realização das prestações materiais e individuais a que os cidadãos tenham direito*” (Carreira, 1996, p.37) Procura-se, como anteriormente salientado, através das políticas sociais dar continuidade e, mais do que isso, garantir um leque de direitos sociais alcançados no processo de construção da cidadania, iniciado já no século XVIII com a conquista dos direitos civis. Esta será, porventura, a primeira das certezas com que se deparam os actuais Estados sociais – a necessidade de garantir o exercício da cidadania plena. Significa isto reconhecer as importantes conquistas que ao longo dos últimos dois séculos se evidenciaram em torno, não só dos direitos civis mas, concomitantemente, políticos e, mais recentemente económico-sociais. Estes últimos “(...) *que conferem o poder de exigir um mínimo de bem-estar, aparecem no século XX, por acção dos governos*” (Zapatero cit in Carreira, 1996, p.36).

³⁰ “A noção de direitos é essencialmente um conceito jurídico referindo-se à legitimidade das reivindicações de um indivíduo. No contexto da política social a questão é se as reivindicações em torno dos benefícios e serviços sociais deveriam ser apoiados pelas forças estatais, de modo a que os direitos sociais se tornem num elemento de cidadania no Estado moderno”. [tn]. (Alcock, 2008, p.35).

Uma outra certeza emerge aquando do confronto histórico que perspectiva o progressivo reconhecimento das liberdades individuais em termos estatais. Retomando as palavras de Durkheim, Teixeira Fernandes adianta que, ao longo da história, foram sendo reconhecidos novos direitos, tornando-se estes naturalmente mais vastos. Mas, mais do que isso, encontraram-se alternativas ao poder que era exercido ou pelo Estado ou, ainda pela *“consciência colectiva,”* os quais viriam a confrontar-se com um novo contexto de valorização do indivíduo bem como das suas próprias aspirações. Neste aspecto, Fernandes acrescenta que este processo foi possível na medida em que se opera *“(…)um crescimento e uma diversificação da vida social [...] a sociedade deixa de envolver, de forma absoluta, as pessoas.”* (Fernandes, 1998, p.144). O sentido e aspirações comunitárias perdem espaço, ao mesmo tempo que se elevam valores e ideais ligados à liberdade e individualismo, decorrentes nomeadamente da divisão do trabalho mas, também, como consequência da *“(…) possibilidade de fuga aos controlos tradicionais (…)* por via do incremento das movimentações individuais. (Fernandes, 1998, p.144). Acrescenta, ainda, Mozzicafreddo que *“(…) o processo social de individualização tem conduzido a um distanciamento dos indivíduos relativamente às comunidades tradicionais de pertença e a uma dependência institucional, laboral e urbana, que dificilmente podem, de maneira eficaz, funcionar como factores de integração.”* (Mozzicafreddo, 2002, p.17).

De acordo com Medina Carreira, não é possível negligenciar na análise a preponderância com que se apresentam os ideais e valores da Revolução Americana e posteriormente da Revolução Francesa, esta última em continuidade com a primeira, no processo político de proclamação dos princípios e liberdades. O término das revoluções liberais propiciou a institucionalização de novos direitos mas, em simultâneo, apelou a uma nova concepção dos poderes, procurando colocar em relevo uma relação recentemente emergente entre o indivíduo e o Estado, definindo-se, a propósito deste último, os seus poderes, limites e forma de organização (Carreira, 1996). Para Durkheim, não existe verdadeiramente um antagonismo entre o indivíduo e o Estado, já que *“somente por acção deste, aquela se constitui na sua individualidade e se desenvolve em liberdade”* (Durkheim cit por Fernandes, 1998, p.145)

Genericamente, o processo de construção e institucionalização do Estado de direito não ocorreu analogamente em todos os países, existindo, portanto, assimetrias temporais na concretização dos direitos impulsionados pelas revoluções. Em termos concretos, a era do arranque da industrialização, ocorrido na Inglaterra durante o século XVIII, revelou-se o factor decisivo para o desaparecimento das sociedades tradicionais e a emergência das

sociedades modernas, que buscam um lugar no mercado mundial, através das suas economias competitivas. Deste modo, as sociedades industriais, viriam a marcar, de uma forma incontornável, o início de uma nova ordem social, caracterizada não só pela emergência de um pensamento racional ancorado na ciência mas, também, pelo progressivo processo de modernização sócio-económico que se fazia sentir, sobretudo na Europa Ocidental.

A dado momento o desempenho da família ou da comunidade parece não ser suficiente para garantir os meios necessários à protecção social, para promover segurança e responder a um conjunto de novos riscos que vêm surgindo na sociedade, tais como as desigualdades capitalistas, resultantes da revolução Industrial. Percebemos, presentemente, por via do projecto socio-cultural da modernidade preconizado por Sousa Santos, que progressivamente o capitalismo se foi refinando e, simultaneamente, empolando as ambiguidades e contradições por si criadas. Inicialmente, ainda durante a fase relativa ao capitalismo liberal, detecta-se, com o incremento do processo de industrialização nos países da Europa, uma expansão desmesurada do mercado, ao mesmo tempo que se evidencia uma retracção do principio de comunidade, desenvolvendo-se, por outro lado, *“(...) o maior dualismo do pensamento político moderno, o dualismo Estado-sociedade civil”. (...) É que a ligação orgânica – pressuposta pela matriz política do Estado liberal – entre a lógica da dominação política e as exigências da acumulação de capital, ao longo do século XIX, concretiza-se e fortalece-se através de múltiplas e sucessivamente mais profundas intervenções do Estado”* (Santos, 1996, p74).

No período que medeia os finais do século XIX e os anos 60, vigora o capitalismo organizado, fase durante a qual a comunidade detém particular interesse, já que face às fortes clivagens sociais que se evidenciam, *“(...)contribuem para a rematerialização da comunidade através da emergência das práticas de classe e da tradução destas em políticas de classe”*, as quais se traduziram, nomeadamente na organização e formação de sindicatos e associações patronais capazes de potenciar uma negociação efectiva entre o patronato e a classe operária. (Santos, 1996, p.77). Durante a fase respectiva ao capitalismo desorganizado, o qual sucede o organizado e se vem demarcado até à actualidade, denota-se a diminuição da capacidade de intervenção do Estado e, com isto inaugura-se, por volta dos anos 80, o debate em torno da crise do Estado de bem-estar. Para Pisón, esta crise, é o reflexo do surgimento das desigualdades sociais, da progressiva perda na confiança no sistema democrático, o complexo funcionamento dos mercados financeiros, os desafios ecológicos, e, de igual modo, o amplo poder da informação e dos meios de comunicação social na vida dos indivíduos. (Pisón, 1998, p.60). Em contraposição ao detrimento da capacidade reguladora do Estado na

economia internacional, o mercado mundial afirma a sua posição, ao mesmo tempo que se denota um fraccionamento das classes sociais, perdendo estas capacidade reivindicativa e negocial face ao patronato. Assim, “ (...) *estas transformações parecem apontar para uma desregulação global da vida económica, social e política*” (Santos, 1996, p.81).

Tal como descrito, a origem do incremento da intervenção estatal está deveras relacionada com um agregado complexo de problemáticas decorrentes da industrialização, a qual viria a produzir efeitos perversos e detonar novos riscos para a sociedade, até então desconhecidos. “*A sociedade moderna tornou-se uma sociedade de risco na medida em que está cada vez mais ocupada com o debate, prevenção e gestão dos riscos que ela própria criou*” (Beck, 2008).

Discute-se, nesta linha as principais funções e papéis que o Estado deve desempenhar bem como a natureza deste nas sociedades capitalistas. Assim, procurando garantir a provisão de bem-estar e a integração social, a intervenção estatal, de acordo com Claus Offe tem orientado e delimitado o seu campo de actuação em torno de algumas áreas de influência: as quais derivam dos “interesses” e “necessidades” relacionados com os direitos políticos, cuja realização permite obter uma integração social; as que resultam do processo de produção e acumulação do capital (que exigem integração sistémica; e, por último, as que provêm do imperativo de combinação entre as necessidades sociais e necessidades do sistema, cuja satisfação garante, desde logo, a integração não apenas social mas, simultaneamente sistémica³¹. (Offe, cit in Rodrigues, 1999, p.33). Segundo Pisón, aliás, “*Na literatura política e moral, o conceito de necessidade foi pouco a pouco alcançando um papel de primeira ordem na justificação da prática política e na fundamentação dos direitos*” (Pisón, 1998, p.159). Verdadeiramente, de acordo com Manning, as necessidades sociais têm vindo a adquirir uma centralidade no domínio da busca pelo bem-estar social. Todavia, o autor salienta, neste âmbito, a indispensabilidade de proceder, à distinção entre dois conceitos: desejos e preferências. Enquanto que os desejos poderão não ter, na sua origem, uma necessidade explícita e as preferências revelam-se geralmente no momento em que

³¹ Esta síntese permite reduzir a complexidade na compreensão da intervenção do Estado, na medida em que é possível perceber que este actua e exerce influência em áreas estratégicas. Com efeito, através da gestão dos conflitos nestes domínios é-lhe possível, igualmente, gerir um leque alargado de necessidades e, sobretudo, de expectativas que se vão fortificando nas economias políticas nacionais, decorrentes da acumulação do capital. Não obstante, de acordo com Santos, face às progressivas exigências ligadas à acumulação do capital, parece existir, ainda que de forma mascarada ou subtil, uma ligação pouco clara entre o Estado e as ditas exigências da economia. Com efeito, “*a sua articulação cada vez mais compacta com o mercado evidencia-se na progressiva regulamentação dos mercados, nas ligações dos aparelhos do Estado aos grandes monopólios (...) na crescente intervenção do Estado na regulação e institucionalização dos conflitos entre o capital e o trabalho.*” (Santos, 1996, p.77).

efectuamos escolhas, como na compra de bens ou serviços enquanto consumidores. (Alcock, 2008, p.28). Note-se que as “as necessidades (e problemas e bem-estar) são ‘sociais’ no sentido em que não se concernem a causas individuais mas relacionam-se com as condições inerentes à vida em sociedade, as quais necessitam de ser melhoradas. (Alcock, 2008, p.29).

Neste prisma, por via do desenvolvimento de um sistema de protecção social, o Estado procura garantir a provisão de bem-estar social. Para Manning, o bem-estar social diz respeito a um conjunto de “(...) *arranjos sociais que existem para responder às necessidades individuais e grupais na sociedade, e para enfrentar os problemas sociais*” [tn]. (Alcock, 2008, p. 26). Segundo este autor, estes arranjos podem ser promovidos, para além do Estado, por diferentes agentes, como sejam a família ou amigos, o mercado ou as organizações não governamentais.

Note-se que, ao longo da história, o ‘social’ foi sendo contemplado sob diferentes ângulos e perspectivas, emergindo naturalmente conceptualizações díspares no domínio da política social. Este facto, contribuiu para a consolidação de notáveis correntes teóricas cujos princípios e ideários surtiram impactos importantes na agenda social e política, particularmente durante o século XX. Neste quadro, importa, sobretudo, considerar as visões em confronto, como as relativas à perspectiva neoliberal, à tradição conservadora, à social democracia e, mesmo, ao socialismo. Ademais, é, ainda, relevante salientar algumas correntes recentemente emergentes como sejam a Terceira Via, as críticas feministas, a perspectiva ecológica e, igualmente, a corrente ligada à pós-modernidade.

De acordo com o que nos sugere Ellison, “ *As idéias neo-liberais representam um desafio para os adeptos de sistemas extensivos de bem-estar público uma vez que eles acreditam que esses sistemas são caros, ineficientes e desnecessários*” [tn]. (Alcock, 2008, p.61). Em termos amplos, o neoliberalismo traduz um conjunto de ideários políticos e económicos que, em larga medida, encontram a sua génese no pensamento liberal clássico, contudo, num mundo globalizado. Efectivamente, intimamente associado ao trabalho do economista Milton Friedman e Friedrich, esta doutrina desenvolve-se em torno de algumas premissas e crenças. Assim, defendendo os princípios económicos do capitalismo, os neo-liberais defendem que o Estado deverá ter uma participação mínima na Economia e, em particular, no mercado de trabalho. Para além disso, acreditam que é possível tornar o Estado mais eficiente, por um lado, ao mesmo tempo que se atingem patamares elevados de crescimento e desenvolvimento social do país, passíveis de serem alcançados por via do livre

mercado e da diminuição da intervenção estatal nas actividades económicas, nomeadamente através da desburocratização e simplificação do funcionamento destas mesmas actividades.³²

Por outro lado, *“O conservadorismo é mais uma atitude da mente do que uma atitude de um partido político. É uma forma genérica de olhar o mundo, de conceptualizar a sociedade e responder à mudança social.”* [tn]. (Alcock, 2008, p.69). Por conseguinte, a corrente conservadora, céptica em relação ao livre mercado, aproxima-se aos ideários dos primórdios do Estado-Providência, não ao nível da defesa dos seus princípios mais abstractos ligados à luta pela igualdade e justiça social mas, sim, à crença numa sociedade norteada pela manutenção das tradicionais instituições sociais como sejam a família, a comunidade ou a religião, as quais até então têm conseguido a manutenção dos equilíbrios sociais. Desta forma, ao mesmo tempo que se afastam do neo-liberalismo, no que se refere à defesa da liberdade individual, a tradição conservadora, opõem-se tanto aos modelos universalistas (que não atendem às especificidades, costumes, e tradições de cada cultura e sociedade) como à excessiva intervenção estatal.

Contrariamente, ao pensamento conservador, a perspectiva socialista parte do reconhecimento de que as sociedades capitalistas não são capazes de satisfazer as necessidades de toda a gente e, portanto, é necessário incluir na agenda estatal medidas que atenuem as inevitabilidades que o capitalismo gera, ou seja, que se desenvolva um Estado-Providência que combata as desigualdades sociais e que, de certa forma, organize a acção na sociedade capitalista em prol dos princípios democráticos e igualitários.³³ Neste âmbito, a social democracia, como veremos pormenorizadamente mais à frente, configura-se numa ideologia política de esquerda que assenta, não no dualismo constante entre o Estado e o mercado, mas antes na defesa de um Estado-Providência capaz de promover uma igualdade de standards elevados e não apenas uma igualdade de mínimos básicos. Objectivamente, esta concepção implica o desenvolvimento de um Estado Social capaz de colocar os princípios da equidade ao mais alto nível, já que todos os estratos sociais são integrados num sistema universal de segurança social: contribuindo para o mesmo e usufruindo dele de acordo com aquilo que contribuem. Este princípio de universalidade e solidariedade (todos contribuem e usufruem do sistema) é implementado tanto às lógicas do mercado como à família num grau

³² Ellison acrescenta que *“Para os neo-liberais, os sistemas extensivos de bem-estar necessitam de ser drasticamente reduzidos no sentido de eliminar os problemas burocráticos, reduzir a tributação, permitir ampliar as escolhas através da provisão privada de bens e serviços e reduzir as dependência estatal”* [tn]. (Alcock, 2008, p.61).

³³ O socialismo não se configura numa corrente homogénea, já que este comporta uma diversidade de variantes e correntes. Na verdade, existem várias propostas e visões em torno dos pilares básicos em que o Estado deve assentar, de salientar os gradualistas, revolucionários ou radicais, a título exemplificativo.

de igual exigência. Por isso, em contraste com a concepção conservadora, não está implícita a intervenção do Estado apenas quando a família falha mas sim uma participação activa e continua por parte do mesmo, por via, designadamente, de transferências directas para as crianças, os idosos ou grupos mais desfavorecidos³⁴.

Note-se que, progressivamente, um conjunto alternativo de perspectivas e correntes teóricas procuraram influenciar o redesenho do Estado e das políticas sociais por si implementadas, como foi o caso das abordagens feministas, as quais passaram a centrar-se nas relações complexas que entre as mulheres e o Estado se estabelece, bem como na construção social do género no domínio das políticas sociais. Do mesmo modo, a Terceira Via, inaugura um pensamento político que procurou ressaltar os problemas do Estado-Providência e, com isso, promover uma nova via para solucionar a inequidade social. Para Powell é difícil definir a ‘Terceira Via’, no entanto esta é passível de se discutir por via dos discursos, valores e metas políticas que *“(...) na prática mostra contempla uma ampla variedade de novas metas e mecanismos políticos, que cada vez mais parecem basear-se no neo-liberalismo”*[tn]. (Alcock, 2008, p.91). Na linha do que nos sugere este autor, a Terceira Via procura conciliar os princípios da tradicional social-democracia com os princípios do neo-liberalismo, procurando encontrar entre estes dois patamares um equilíbrio harmónico; entre *“o dinamismo económico e a justiça social”*[tn]. (Alcock, 2008, p.93).

Concomitantemente, vão surgindo movimentos e perspectivas em torno da questão ecológica, as quais viriam a contribuir para a centralidade na agenda política de vários países da questão ambiental, despertando a atenção para a necessidade de reconhecer a existência de um leque de desafios que colocam em causa o equilíbrio da natureza, como os que se relacionam com o aquecimento global, o buraco de ozono, as questões nucleares. Em larga medida, a perspectiva ecológica, procura por um lado, colocar em relevo os perigos que em prol do crescimento económico se foram arquitectando e desenvolvendo, mas também, salientar a necessidade de promover um desenvolvimento sustentável. Por seu turno, as perspectivas pós-modernistas, emergentes durante a década de 80, remetem para uma desilusão com o mundo e com as grandes utopias ligadas ao progresso e à busca pela emancipação do sujeito e melhoria da humanidade.

De facto, progressivamente as políticas sociais e, mais especificamente, os sistemas de protecção social emergem como elementos analíticos e operativos de relevância reconhecida no estudo dos actuais Estados-Providência. De facto, as políticas sociais passam a ser

³⁴ Segundo Page, historicamente, a social democracia *“(...) tem sido associada a movimentos políticos que procuram a mudança económica e social através do legado Marxista.”*[tn]. (Alcock, 2008, p.77).

concebidas como parte integrante da agenda estatal. Todavia, não é menos relevante afirmar que a natureza destas políticas difere, em larga medida, entre os denominados Estados de bem-estar, sendo interpretadas e mobilizadas, porém, de acordo com os interesses que importam ser defendidos e sustentados por cada um deles. Por conseguinte, importa, de seguida, dar relevo ao estudo dos “regimes de bem-estar”, adoptando a terminologia de Esping-Andersen, no sentido de aprofundar o debate em torno dos imperativos perante os quais se regem os actuais Estados³⁵

2. O MODELO SOCIAL EUROPEU

“Todos os sistemas de protecção social da União Europeia se caracterizam por uma forte interacção do Estado, do mercado e da família e distinguem-se pela concepção que cada país faz dos diferentes «direitos» ”. (Rodrigues, 2010, 41)

Face ao contexto económico mundial e à necessidade de garantir os equilíbrios sociais, ameaçados por fenómenos como a globalização, assiste-se, na actualidade, por toda a União Europeia a uma tentativa de homogeneização de políticas e princípios que permitam contribuir para a coesão e integração social. De acordo com Lopes, *“Embora seja mais ou menos consensual que os Estados-Providência nas democracias ocidentais ricas, têm grandes objectivos sociais similares, é igualmente consensual que estes têm diferentes abordagens institucionais e meios para alcançá-los.”* (Lopes, 2006, p.30).

Neste âmbito, têm sido amplamente debatidas as premissas segundo as quais se rege este modelo social europeu. O conceito de modelo social europeu está, em larga medida, associado a uma partilha, por parte dos países constituintes da União Europeia, de um discurso de Justiça social e solidariedade bem como de luta e respeito pela garantia dos direitos humanos. Do mesmo modo, quer a liberdade quer democracia são perspectivados como parte integrante da ideologia que orienta o modelo europeu.

Na linha do que nos sugere Shackleton, o modelo social europeu comporta a sua própria história, a qual remonta ao século XIX, aquando da criação dos sindicatos e legislação fabril em Inglaterra como resposta aos novos imperativos da sociedade industrial. A conquista de novos subsídios, prestações e direitos esteve muito ligada ao aparecimento de novos riscos que despoletavam respostas fundamentais, tais como a viuvez, os acidentes laborais, ou, ainda

³⁵“ESPING-ANDERSEN, Gosta (2008) - "The three worlds of welfare capitalism".

o desemprego. Deste modo se compreende a progressiva proliferação de medidas que emergiram designadamente “(...) *“a criação de uma pensão geral de velhice e um seguro de acidentes e médico na Alemanha de Bismark (...) a criação de bolsas de trabalho, seguros sociais e a regulamentação dos salários nos sectores onde existia exploração da mão-de-obra”*[tn] promovidas por Churchill aquando da sua presidência na Câmara do Comércio, bem como a introdução do seguro de desemprego obrigatório, introduzido após a Primeira Guerra Mundial, ou, ainda, dos subsídios familiares, já na década 30. (Beltrán, 2009, p.74).

De acordo com o anteriormente descrito, importa ter presente que na origem do modelo social europeu se situa uma amplitude de medidas intervencionistas impulsionadas por diferentes países, inicialmente de forma solitária, mas, posteriormente já de forma organizada. Efectivamente, à medida do que acontecera com o projecto de edificação do Estado-Providência, em determinados casos, o Modelo Social Europeu funcionou como um mecanismo compensador, na medida em que compensava para aliviar as tensões geradas dentro do próprio sistema capitalista, as quais caso se agravassem poderiam colocar em causa o próprio sistema. Frequentemente apresentado como virtuoso, este projecto europeu, bem representativo do que é a identidade europeia, procura conciliar o desenvolvimento económico com o bem-estar social, pela aplicação de uma lógica redistributiva. Porém, esta procura de bem-estar social para todos os europeus, a qual acentua a dimensão normativa do modelo europeu, fortalecida por princípios de bondade, igualdade e redistribuição poderá, em larga medida, configurar-se numa forma de protecção face aos avanços dos ideários socialistas.

Não obstante o debate recentemente inaugurado sobre a viabilidade e a premência do modelo social europeu, de acordo com Shackleton “ (...) *efectivamente existe um modelo social europeu reconhecível, que compreende um elevado gasto social e a redistribuição dos rendimentos, juntamente com uma estreita regulação dos mercados laborais e de bem-estar e uma considerável deferência para com os «parceiros sociais»* ” [tn]. (Beltrán, 2009, p.91).

Para Giddens, em si mesmo, a enunciação “modelo social europeu” encontra-se fortemente imbuída de uma carga pouco neutra ou tão pouco assume contornos técnicos. Utilizada segundo o autor para reportar à pluralidade de Estados de bem-estar, esta expressão parte “*da idéia de que os países europeus terão alcançado diferentes estádios de êxito económico no mercado e conferiram, ao mesmo tempo, uma protecção efectiva aos seus cidadãos, intervindo com o fim de conseguir mais igualdade e proteger os mais vulneráveis face aos riscos com que se deparam*”[tn]. (Beltrán, 2009, p.29). Neste prisma, este encontra a sua materialização ao nível dos diferentes sistemas de protecção social que se construíram

pela Europa, e que partem do entendimento comum de que são, por excelência factor produtivo.

Verdadeiramente, o autor supra citado confere robustez à análise das políticas sociais na Europa, ao afirmar, que a “(...) *a justiça social, no entanto, não depende simplesmente da manutenção fiel aos sistemas de assistência social que terão existido no passado*” [tn]. (Beltrán, 2009, 34). Nesta linha, adianta, que o sucesso da Europa reside na sua capacidade de manter um mercado competitivo e, em simultâneo, ser capaz de assegurar aos seus cidadãos um sistema de protecção social adequado e sustentável. Assim, apesar de se poder dizer que se trata de uma concepção recentemente emergente, com a alteração do paradigma e a redefinição do debate, altera-se em simultâneo a visão que atendia às políticas sociais como meramente assistencialistas, defendendo-se agora a premência de elaboração de um plano estratégico de cariz inclusivo.

Num plano mais aprofundado, importa atender às especificidades nacionais, históricas e económico-sociais, de cada país membro, na medida em que estas estiveram na origem da diferenciação registada dos sistemas de protecção social idealizados. Verdadeiramente, coexistem, num mesmo contexto europeu, a partilha quer de culturas quer de trajectos históricos e tradições significativamente díspares entre os vários países. “*Importa, então, mais do que tentar eliminar essas especificidades, reconhecer o carácter irreduzível da diversidade das políticas sociais, sem que isso signifique a aceitação de uma Europa socialmente contraditória.*” (Rodrigues, 2010, p.41)

Esta consciencialização despoleta, assim, um novo debate, relativo à aceitação não apenas de um único modelo social harmonizado mas, sim de vários modelos sociais, que respeitem as especificidades e endogeneidades dos países europeus. (Silva, 2002). Partilhando a mesma opinião, Giddens revela, partindo da sua definição de modelo social europeu que “*É evidente que não há um modelo social europeu único*” [tn]. (Beltrán, 2009, p.29). Com isto, pretende o autor colocar em evidência a heterogeneidade de percursos históricos registada e, nomeadamente, os discrepantes níveis de desenvolvimento que os vários países comportam, os quais instigam necessariamente formas diferenciadas de conceber os direitos dos seus cidadãos e, portanto, conduzem a dinâmicas particulares no domínio das políticas sociais e regimes de bem-estar, em natureza, organização e distribuição. Porém, a apreensão daquelas dinâmicas não parece possível sem que antes se proceda a uma reflexão sobre o conceito de Estado-Providência, explorado de forma aprofundada por Esping-Andersen.

A distinção dos diferentes regimes de Estado-Providência, instigado por Esping-Andersen, não foi possível sem que, antes, o próprio procurasse indagar e, mesmo redefinir,

em termos conceptuais a designação de “Welfare state”. Desta forma, discute se serão válidas as definições que tendem a atribuir ao Estado-Providência a responsabilidade de este assegurar aos seus cidadãos somente o mínimo de bem-estar. Com isto, procura decodificar a virtualidade das políticas sociais, no sentido de perceber se estas se afiguram, de facto, como emancipatórias, ou pelo contrário, servem apenas para legitimar o sistema, escamoteando, assim, o verdadeiro sentido atribuído ao papel do Estado. Do mesmo modo, questiona: *“Não seria mais apropriado exigir um modelo de bem-estar que satisfaça mais do que as nossas necessidades básicas ou mínimas?”* [tn] (Esping-Andersen, 2008, p19).

Procurando capturar a verdadeira essência e desígnios do Estado-Providência, Esping-Andersen, prossegue a sua abordagem ao mesmo, re-especificando a sua matriz conceptual. Assim, este assegura que é necessário ter presente três princípios. Primeiramente, o sociólogo dinamarquês recupera o conceito de cidadania social, de Marshall, e assume que ao Estado cabe a garantia dos direitos sociais dos cidadãos. Segundo ele, *“Se os direitos sociais recebem o status legal e prático dos direitos de propriedade, se eles são invioláveis, e se eles são concedidos sobre a base da cidadania, em vez de desempenho, que implicará uma desmercantilização do status dos indivíduos vis-à-vis o mercado ”* ³⁶[tn]. (Esping-Andersen, 2008, p.21). Porém, acrescenta um segundo elemento analítico quando este evidencia não ser plausível falar de cidadania social sem que paulatinamente se atenda à questão da estratificação social, já que *“O Estado-Providência pode providenciar serviços e segurança de rendimentos mas é também, e sempre tem sido, um sistema social de estratificação ”* [tn]. (Esping-Andersen, 2008, p.55).

Por último, admite que o Estado não pode ser percebido apenas como entidade, por excelência, de concessão de direitos e garantias para os seus cidadãos. Na realidade, *“Devemos também ter em conta como as actividades do Estado estão interligadas com o papel do mercado e da família na provisão social”* [tn]. (Esping-Andersen, 2008, p.21). Essencialmente, conceitos como o de direitos sociais, cidadania social, desmercadorização ou, ainda, estratificação social assumem-se como centrais para a análise dos diferentes regimes-tipo de bem-estar preconizados por Andersen. Ademais, assegura este estudioso do Estado-Providência que *“Encontramos arranjos qualitativamente diferentes entre o Estado, o mercado e a família”* [tn]. (Esping-Andersen, 2008, p.26).

³⁶ De acordo com o que nos sugere Esping-Andersen, o conceito de desmercadorização *“(…)refere-se ao grau em que, os indivíduos ou famílias, podem manter um padrão socialmente aceitável de viver independentemente da participação no mercado ”* [tn]. (Esping-Andersen, 2008, p.37).

De acordo com o autor em análise, têm sido implementadas formas diferenciadas de actuação dos Estados-Providência para dar conta da estreita relação que se estabelece entre os indivíduos e o mercado de trabalho. Com efeito, confrontados com inúmeras pressões, os Estados-Providência têm construído diferentes caminhos para alcançar a “desmercadorização” os quais tem conduzido, igualmente, ao desenvolvimento de diferentes regimes de bem-estar. Na linha do que nos sugere Silva, a propósito da discussão que levanta sobre a utilidade do conceito de “Welfare”, este adianta que *“(…) a forma como hoje concebemos os estados providência é, em larga medida, tributária de uma lógica comparativa, assente na agregação de países em torno de aspectos institucionais e constelações de outputs.”* (Silva, 2002, p.25). Com isto, pretende o autor, por um lado salientar a heterogeneidade de dinâmicas existente em cada país e, por outro lado, evidenciar a presença de padrões de semelhança entre si, os quais permitem engendrar posições e organizar interesses e expectativas comuns em termos políticos económicos e sociais. Reportando-se, à obra de Esping-Andersen, procurou elaborar um modelo de compreensão dos agrupamentos de welfare sugeridos pelo precursor. (Silva, 2002,p.26).

Tendo em conta, nomeadamente, os objectivos e objecto da presente análise, proceder-se-á, em primeira instância, à apresentação sumária dos regimes preconizados, no sentido de, numa segunda fase, avançar para uma análise mais aprofundada do sistema de protecção social português, procurando, neste âmbito, delimitar o lugar que o sistema confere aos prestadores de cuidados informais.

Em concreto, Esping-Andersen esboçou três modelos: o modelo liberal que, garantindo os mínimos, dá relevância ao crescimento económico; o modelo corporativo eminentemente compensador, que dá prioridade à coesão social; o modelo social-democrata – universalista, que dá prioridade à redistribuição e, por último, neste âmbito, importa esclarecer que o modelo social europeu partilha das mesmas prioridades dos três modelos apresentados, sendo que estes são, igualmente, híbridos na medida em que conjugam alguns princípios de outros modelos.

No que concerne ao modelo liberal, este apresenta um Estado eminentemente centralizado, com um sistema de transferências e de atribuição de benefícios modesto, bem como uma segurança social recatada. Trata-se de um regime que se apresenta eminentemente circunscrito à estimulação do mercado, pelo que, importa apenas, assegurar que os indivíduos não caiem na pobreza ou exclusão social, por via da garantia dos mínimos de bem-estar. Com um défice no seu potencial redistributivo, trata-se de um regime que minimiza os efeitos da desmercadorização, ao mesmo tempo que, de acordo com Andersen, contém e restringe o

campo dos direitos sociais. (Esping-Andersen, 2008, p.27). Na verdade, este sistema organiza-se por via da definição de uma intervenção estatal pouco sólida, igualitária e, do mesmo modo redistributiva, promovendo algumas políticas públicas que sirvam para culmar eventualidades, numa perspectiva assistencialista e pecuniária, sem qualquer tipo de pretensão cidadã. Por conseguinte, o princípio de funcionamento será o da selectividade, sendo que beneficiários da previdência social são, muitas vezes, alvo de uma estigmatização social. Neste processo de garantia dos mínimos saliente-se que a natureza da prestação depende largamente dos recursos disponíveis, bem como dos impostos de quem trabalha.

Associado ao modelo liberal está patente o aumento da desigualdade social bem como da pobreza, uma vez que apenas são garantidos os mínimos. Objectivamente, já na década de 50, Richard Titmuss alertava para aquilo a que ele designava o perigo da emergência de duas nações de idosos, no Reino Unido, em sequência desta política de garantia dos mínimos. Na verdade, este chamava a atenção para a fragilidade em que um segmento específico da população - a idosa - se encontrava, devido à lógica inerente à organização da protecção liberal, a qual intensifica a pobreza, as desigualdades sociais de forma desproporcional. Por um lado, importa evidenciar que se trata de um segmento etário que acumula desvantagem já que quando estão inseridos no mercado de trabalho não têm condições favoráveis que possibilitem a criação de poupanças ou outro tipo de sistemas complementares de reforma, condições estas que se agravam após a saída do mercado de trabalho.

Ademais, com a fraca aposta na formação e desenvolvimento de competências e qualificações dos trabalhadores, como acontece nos países nórdicos, torna-se saliente a imensidão de trabalhadores pouco qualificados e, portanto, com baixos salários. Como principais estratégias de resposta efectiva à crise, apresenta-se a aposta na desregulação do mercado de trabalho bem como na flexibilidade ao nível dos salários e a redução das prestações e programas sociais.

No que diz respeito ao modelo corporativo este tem como referência histórica Bismark, tendo como base de funcionamento o contributo que cada indivíduo dá, o qual provém do trabalho. Em termos geográficos este modelo está patente em França, na Alemanha, Holanda e outros países continentais. Na medida em que a protecção social está ancorada no mercado de trabalho, isto é, depende do que cada um desconta (reprodução das desigualdades sociais), este modelo aproxima-se do caso português. De facto, o estatuto contributivo depende largamente do estatuto remuneratório, o qual deve ser proporcional. *“Nesses Estados-providência fortemente conservadores e” corporativistas”, a obsessão liberal com a eficiência do mercado e a mercantilização nunca foi proeminente e, como tal, a*

concessão dos direitos sociais quase nunca foi uma questão muito contestada” [tn].(Esping-Andersen, 2008, p.27). Deveras, trata-se de um modelo que acentua a importância da inserção no mercado de trabalho mas na lógica do agregado família. Por outras palavras, o modelo corporativo assenta no pressuposto de que existem unidades sociais básicas (no topo encontramos a família) que são virtuosas no seu funcionamento, têm a capacidade de responder à maioria das necessidades dos indivíduos no que diz respeito à garantia do bem-estar social. Assim, a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho deve ser percepcionado a partir do lugar que o indivíduo ocupa nessas unidades básicas.

Trata-se, por isso, de um modelo fortemente centrado na capacidade que o indivíduo tem para gerar rendimento no mercado de trabalho e, portanto, quando este é afastado deste mercado, nomeadamente devido à reforma, a prioridade é precisamente repor esse rendimento, adquirindo desta forma uma presença central os sistemas de pensões. Todavia, essa concentração de esforços acabou por deixar para segundo plano, nomeadamente necessidades relacionadas com a família ou mesmo de habitação. Verdadeiramente, as necessidades da família e de habitação não são respondidas pelo Estado mas sim pelos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, por via da redistribuição dentro do núcleo familiar. Daí emerge a importância da imagem do Homem ganha-pão. Existe, portanto, um trabalhador que gera salário, o qual é redistribuído dentro da unidade familiar, a qual detém de capacidade para responder a um conjunto alargado de necessidades que existem no seu interior, como sejam as que se relacionam com a prestação de cuidados a idosos, crianças e deficientes. Neste quadro, a família é entendida como uma unidade central e, por isso, o Estado apresenta um papel de complementaridade, de subsidiariedade, já que apenas intervém quando este círculo não funciona, designadamente, quando existe uma eventual quebra da relação com o mercado de trabalho. Perante este cenário, o Estado intervém, no sentido de providenciar o rendimento que derive da posição que o indivíduo ocupa no mercado de trabalho.

Este modelo perpetua-se com suporte na Segurança Social, através da qual visa proporcionar uma universalidade mínima para todos. A lógica securitária aqui patente é, também, entendida como uma dimensão presente no modelo social europeu que tributa de uma lógica fortemente centralizada. Neste prisma, alguns dos riscos associados a este modelo têm que ver com a pressão exercida sob a Segurança Social, como consequência das pensões; ao mesmo tempo os elevados custos associados à mão-de-obra (nomeadamente os custos inerentes aos Funcionários Públicos); As estratégias de resposta à crise, no modelo corporativo, diferem do liberal. Saliente-se especificamente a indução de saída do mercado de

trabalho precoce mas, também, prestações sociais de combate ao desemprego e ainda à reforma antecipada elevadas, – tendências que conheceram, nos últimos anos, um recuo, face às pressões que a população idosa progressiva e acentuadamente exerce sob a Segurança Social – a par do incentivo ao aumento da produtividade e competitividade.

O modelo social-democrata, predominante nos países escandinavos, tem como objectivo fundamental o desenvolvimento de políticas redistributivas, que assentem no princípio da universalidade e cidadania. Assegura-se, assim, neste modelo uma redistribuição igualitária para todos os indivíduos, a qual apresenta como único elemento de acesso à prestação a cidadania. Com isto, o Estado não faz depender o acesso às prestações e apoios sociais da permanência, por parte dos cidadãos, no mercado de trabalho. Segundo Esping-Andersen, *“Em vez de tolerar o dualismo entre o Estado e o mercado, entre a classe trabalhadora e a classe média, os social-democratas defenderam um Estado de bem-estar que promovesse uma igualdade dos padrões mais elevados e não uma igualdade das necessidades mínimas, como foi aspirado por outros modelos”*. [tn]. (Esping-Andersen, 2008, p.27).

Inerente a este modelo emergem alguns riscos associados, nomeadamente as dificuldades de financiamento e de manutenção dos níveis de qualidade bem como a limitação de emprego no sector público. Por outro lado, não sendo propriamente um risco mas, naturalmente uma desvantagem, persiste sobreaquecimento constante que resulta do aumento exponencial da carga fiscal. Não obstante, em cenários de crise as principais estratégias de resposta à crise dizem respeito à expansão dos serviços sociais, e de medidas pró-activas de emprego, criando mais emprego público. Mais ainda, contrariamente ao modelo corporativo que apresenta um elevado nível discriminatório relativamente às mulheres, o modelo escandinavo opta pela expansão da participação feminina no mercado de trabalho, promovendo aliás o trabalho a tempo parcial.

Tendo patente os regimes de bem-estar apresentados importa, de seguida, dar relevo às principais características e dimensões que comportam o caso de Portugal, com vista à apreensão da evolução e desenvolvimento do modelo de Estado-Providência bem como à forma com este sistema concebe as políticas sociais que são promovidas no quadro da prestação de cuidados informais a idosos.

3. EMERGÊNCIA E CONSOLIDAÇÃO DO ESTADO-PROVIDÊNCIA EM PORTUGAL

“(…) o Estado português fica muito aquém de um Estado-providência, é um semi-Estado-Providência e, em algumas das suas dimensões mais deficientes ou degradadas, pode mesmo considerar-se um lumpen-Estado-providência.” (Santos, 1993, p.44)

Tal como anuncia António Barreto, algumas tendências gerais de evolução pautam a sociedade portuguesa, umas mais evidentes – a modernização, a urbanização, o desenvolvimento do capitalismo, o envelhecimento populacional, a democratização da política e da sociedade – outras que requerem uma atenção suplementar – tal como a que o autor confere à universalização do Estado de protecção social, sobre a qual importa, agora, incidir a atenção. (Barreto, 2000, p.58).

Na linha do que nos sugere Barreto, *“(…) quando se fala do Estado-Providência ou de protecção social, estamos a referir-nos sobretudo aos sistemas públicos ou predominantemente públicos de segurança social, reforma, desemprego, pensão de sobrevivência e outros apoios (idosos, crianças, inválidos, etc), assim como da saúde e da educação.”* (Barreto, 2000, p.63). Em larga medida, na linha do que é sugerido pelo autor em análise, a universalização do Estado de protecção apenas se concretizou na década de 60, registando-se, até então, uma incipiente assistência estatal, tal como analisado resumidamente de seguida. Concorde Sousa Santos que, em certos aspectos, existe uma aproximação a esta forma e ideologia política, porém, esta parece não enquadrar o verdadeiro sentido ao Estado social. Efectivamente, a reflexão, eminentemente crítica, sobre os padrões de bem-estar social na sociedade portuguesa levada a cabo por Boaventura de Sousa Santos, conduziram o autor à proposta de um conceito alternativo - sociedade-providência questionando, paulatinamente, a existência de um efectivo Estado-Providência. (Santos, 1993, p.43). Em boa verdade, com isto pretende o autor salientar que *“(…) o défice da actuação do Estado português enquanto Estado-providência é parcialmente compensado pela actuação de uma sociedade suficientemente rica em relações de comunidade, interconhecimento e entreajuda (…)”*. (Santos, 1993, p.43). O autor avança, desta forma, com uma proposta conceptual – o de sociedade-providência – questionando se podemos falar de um efectivo Estado-Providência ou se, por outro lado, estamos perante um Estado frágil, imaturo mas que consegue níveis satisfatórios de concretização uma vez que é compensado pelo amortecedor em que se configura a “sociedade providência”, passível de ser questionada na actualidade.

Não obstante, a partir das considerações de Santos, relativas ao estágio de desenvolvimento do Estado Português, torna-se claro que este é, ainda, imaturo, comparativamente a outros Estados-Providência na Europa. Apesar disso, quando procuramos perceber as lógicas subjacentes ao próprio modelo verificamos que seguem de perto as lógicas e princípios orientadores do modelo conservador. Em concreto, Santos apresenta quatro eixos estruturais de compreensão deste Estado português. O primeiro revela-se uma tentativa, ainda que pouco robustecida, de conciliar os objectivos que norteiam o mercado e, concretamente, o capitalismo com os pilares e objectivos que subjazem a uma democracia, sustentado num “(...) *pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do Estado*”; do mesmo modo, persiste “*uma relação constante, mesmo que tensa, entre acumulação e legitimação*”; um “*elevado nível despesas em investimentos e consumos sociais*; ou, por último, mas não menos importante, a concepção dos direitos sociais como direitos de cada cidadão e não como resultado de um processo de bondade ou de generosidade por parte do Estado (Santos, 1993, p.43).

Estes pilares em que se baseia Santos, promovem uma leitura e interpretação crítica, face à evolução e desenvolvimento do Estado português. Com efeito, este mesmo sociólogo revela a inconsistência que tem permeado a conduta estatal, no sentido em que revela não ter propriamente havido uma concretização efectiva do contrato social a que inicialmente este se preconizava e a que se propunha. Assim, destaca que “(...) *não chegou a estabelecer-se nenhum pacto social e a hipertrofia da normalização estatal em detrimento da normalização contratual e cultural é tão evidente nas políticas sociais como nas relações salariais*” (Santos, 1993, p.44). Obviamente, na sua reflexão não ignora, designadamente, o aumento exponencial das despesas sociais, que está muito ligada à ampliação na cobertura de riscos, em amplitude e qualidade. Todavia, declara analogamente que se trata de um efeito imediato à tentativa de criação de Estado social verdadeiramente avançado e, portanto, trata-se de um ensaio de aproximação aos indicadores e padrões dos países com níveis de desenvolvimento mais elevado, os que engendram os países centrais. Contudo, “(...) *este período, que se caracterizou por um excesso de tarefas de legitimação relativamente às de acumulação, foi seguido por um outro em que as prioridades se inverteram*”. (Santos, 1993, p.44). Tal, viria a produzir efeitos nefastos nos investimentos estatais ao nível das despesas sociais, as quais registaram, efectivamente, um decréscimo considerável nos anos que se seguiram.

A estes motivos, acrescem, durante a década de 70, os efeitos perniciosos do choque petrolífero, a estagnação sentida na economia, o fim do pleno emprego e o surgimento, progressivo, do desemprego, ainda, o atrofio fiscal sentido, que conduziu, a dada altura, a um

recuo nos benefícios sociais, sugeridos pelo decréscimo nos financiamentos. Esta conjuntura económica e social associada a uma queda no intervencionismo e gestão estatal conduziram, segundo Rodrigues, ao reconhecimento dos primeiros sintomas de crise do estado de bem-estar, o qual, assume a autora poderá enformar uma pluralidade de leituras. (Rodrigues, 1999, p.38).

Neste âmbito, Rodrigues, salienta, em particular duas perspectivas analíticas: a primeira sustenta que esta crise relaciona-se, de certo modo, com uma intervenção perversa por parte do Estado, já que este potencia a manutenção dos gastos públicos, através da criação de emprego e de outro tipo de contribuições. Esta tese, defendida pelas correntes neoliberais, reclamam fundamentalmente uma diminuição da intervenção estatal, a qual, na sua perspectiva tem vindo a promover apenas “(...) *desequilíbrios orçamentais, inflação, redução de poupança e, portanto, do investimento, com conhecidas consequências no desemprego.*” (Rodrigues, 1999, p.38).

Uma segunda leitura ressalta sobre a crise do estado de bem-estar, sugerindo que se trata antes de um momento de redefinição e reajustamento da orientação estatal, como resposta às transformações e mudanças ocorridas na sociedade portuguesa, do que propriamente uma crise efectiva do estado.

Nas suas análises, Ferrera, acrescenta que importam não apenas ser consideradas as dinâmicas exógenas que estiveram na origem da crise dos Estados mas, concomitantemente, o conjunto de factores de ordem endógena que, a somar às primeiras, tendem a agravar o processo. Com efeito, importa entrar em linha de conta particularmente com o envelhecimento demográfico que, a meados dos anos 70, começa a despoletar desafios, sobretudo de ordem económica, mas simultaneamente com os repto que advém da transição pós-industrial. (Ferrera, 2007, p.3).

Declinando a atenção nesta matéria, Santos, admite que Portugal parece assumir alguns contornos e pilares que se aproximam dos países europeus. Porém, do mesmo modo recorda que a Europa não está homogeneamente organizada, fazendo, neste domínio, uma aproximação à tipologia de Esping-Andersen anteriormente apresentada e descrita. Na verdade, no caso do modelo de bem-estar português, a aproximação mais clara parece ser, de facto, ao modelo corporativo, particularmente ao alemão, quer no domínio da organização dos sistemas de pensões, quer no domínio da organização dos benefícios sociais de cariz assistencialista, quer ao nível da organização dos serviços de apoio, através do sector não-lucrativo, nomeadamente ligado à igreja e lógica católica.

Não obstante, importa considerar que o debate sobre as principais características e dimensões que cada um dos modelos engendra têm sido amplamente reflectidas e discutidas, pelo que não se pode afirmar que persista um consenso generalizado sobre esta temática. De facto, considerando-se países como Espanha, Grécia, Itália e Portugal, apesar das inúmeras contradições por que estes se pautam, bem como das distintas origens históricas que detêm, Ferrera defende a especificidade destes países, os quais segundo ele, configuram o modelo de bem-estar da Europa do Sul.

Figura 3 - O modelo de welfare na Europa do Sul segundo Ferrera

Dimensões típicas	Factores específicos
Protecção dualizada baseada em transferências monetárias	Sobreprotecção dos núcleos centrais da força de trabalho Prestações baixas aos trabalhadores irregulares ou da economia informal
Distribuição desequilibrada da protecção, segundo os riscos clássicos	Sobreprotecção dos idosos relativamente aos outros beneficiários potenciais Subdesenvolvimento das prestações familiares e dos serviços às famílias Subdesenvolvimento da habitação social e do apoio social ao alojamento
Baixo grau de penetração das instituições públicas de protecção social Sistema de saúde público e universal Particularismo institucional	Indefinição de funções entre actores públicos e privados Não cumprimento das expectativas sociais Pressões particularistas e clientelares
Baixa eficácia dos serviços	Insatisfação dos utentes Baixa qualificação dos agentes
Repartição desigual dos custos segundo os grupos profissionais	Disparidade de regras Fuga e fraude fiscal na economia informal

Fonte: Ferrera (1996, 1997) cit por Silva, 2002, p.39)

Em larga medida, de acordo com Ferrera, os países constituintes do modelo da Europa do Sul detêm algumas similitudes entre si, como seja nomeadamente a religião ou a passagem por regimes ditatoriais, os quais viriam a delinear alguns contornos dos actuais Estados-providência. Contudo, o inventário das principais características que comportam este modelo da Europa do Sul, permite igualmente assumir que, a forma de organização do sistema bem como de actuação do Estado-providência, nesses países, é ainda prematura, comparativamente ao modelo corporativo. É, porventura, neste instante que importa entrar em linha de conta com o conceito de semi-periferia, já que este parece ser uma condição intrinsecamente condicionante de países como Portugal, alcançarem os mesmos padrões e níveis de desenvolvimento dos países referenciais, os quais compõem os países centrais.

Reflectindo sobre a estrutura de Estado-Providência em Portugal, Mozzicafreddo, sugere que deverão ser consideradas na análise três dimensões interpretativas. Em larga medida, considera relevante entrar em linha de conta, primeiramente com as políticas sociais, gerais e compensatórias, que têm sido promovidas no sentido de proteger alguns grupos populacionais, tais como os idosos; além disso, os Estados têm procurado regular o sector económico privado, por via de políticas macro-económicas, no sentido de contrariar as contradições geradas pelo mercado; e, em terceiro, promovem medidas de conciliação entre os interesses económicos (crescimento económico) e interesses sociais (diminuição das desigualdades sociais). Considera o autor que esta matriz institucional permite apreender o caso português, contudo, importa introduzir, nesta mesma ponderação, o conjunto de endogeneidades próprias do país, as quais se relacionam, por exemplo, com a especificidade do processo político que influenciam de forma estreita a configuração daquela matriz. Assim, o autor sustenta que *“(...) o desenvolvimento do Estado-Providência em Portugal se estruturou em termos institucionais, em torno do modelo “universalista”.*” (Mozzicafreddo, 1992, p.60). Porém, trata-se, sobretudo, de um protótipo conceptual, já que em termos empíricos a sua evolução se pautou por medidas de cariz instrumental e, até, selectivo. *“Significa isto que o processo de estruturação assenta na produção de políticas sociais, de mecanismos de regulação da esfera económica e de políticas de concertação social, equacionadas, predominantemente, como resposta à solicitações imediatas das populações”* (Mozzicafreddo, 1992, p.60).

Promove-se, desta forma, um processo fragmentado, sendo naturalmente produto quer das pressões que são exercidas diferencialmente pelos grupos sociais, uns com mais força outros com menos, bem como pela capacidade, ou incapacidade, do Estado, no que toca à disponibilidade e recursos públicos. Na verdade, durante seu o processo de estruturação e desenvolvimento, o Estado-providência, defronta-se com a necessidade de responder a imperativos que se relacionam com o desenvolvimento social (como o envelhecimento populacional, desigualdades sociais, pobreza e exclusão social), mas também predomina a indispensabilidade de gestão do desenvolvimento económico, necessitando para o efeito de concretizar uma concertação entre ambos os parceiros envolvidos, os sociais e económicos, como forma de promover respostas integradas e eficazes para alcançar a integração social.

Não obstante, ao debater as especificidades de Portugal, Santos afirma que *“(...) talvez o que mais inequivocamente distinga o Estado português de um Estado-providência seja o facto de a administração pública ainda não ter interiorizado inteiramente a segurança social como um direito, continuando em alguns aspectos a considerar que se trata de uma*

favor concedido pelo Estado(...)” (Santos, 1993, p.44) Assim, importa atender ao conceito de cidadania, e, nomeadamente à lógica que se lhe assiste, já que este se relaciona estreitamente com o campos de direitos, políticos e sociais, que deverão ser assegurados pelo Estado.

Silva, ao debruçar a sua atenção nas características e dimensões que pautam o modelo corporativo, introduz na análise um outro atributo do Estado-providência nesses países, o qual também se aplica ao caso português: a importância que assume a doutrina social do catolicismo. Esta, na base da solidariedade, procura essencialmente manter firmes os ligames que outrora serviam de protecção social à população, como seja a família ou o papel da comunidade na provisão de bem-estar e de entreaajuda. Denota-se, desde logo, uma forte presença da igreja, a qual se viria a perpetuar até à actualidade, cuja intervenção se revela, em determinados contextos, de extrema importância para certos grupos sociais mais fragilizados. Na realidade, persiste no modelo corporativo uma forte ligação entre o mercado de trabalho, o Estado e a própria família, de tal forma que adianta Silva que, verdadeiramente *“(...) o objectivo central implícito às políticas sociais nos países do modelo “corporativo” é, não a “desmercadorização” e a promoção da mudança social por via da redistribuição, mas, sim, a manutenção de formas preexistentes de solidariedade(...)*”(Silva, 2002, p.28).

A busca pela manutenção dos instrumentos que tradicionalmente serviam aos indivíduos para se assegurarem e, mesmo, para conquistarem a coesão social, parece, agora, não mais fazer sentido, face à emergência de novos riscos sociais decorrentes do período industrial. Deste modo, a intervenção do Estado, neste domínio, pauta-se pela concessão de responsabilidades à família, interpretando-a, por excelência, como a primeira instância de garantia de bem-estar. Consequentemente, a intervenção estatal realiza-se quando a família ou mesmo a comunidade não é capaz de provisionar as respostas necessárias para assegurar a estabilidade e, portanto, quando se coloca em causa a integração e coesão social. Intrinsecamente ligada a esta concessão de responsabilidade está o princípio da subsidiariedade, recuperado por Silva, quando cita Kersbergen. Analiticamente, trata-se de um princípio que se relaciona de forma estreita com o de status, já que implica *“que o estado não trate de forma igual todos os indivíduos e grupos sociais (...)*” mas que os distinga face ao estatuto que estes detém no mercado de trabalho. (Silva, 2002, p.28).

Assim, face à incapacidade de resposta de outras instâncias, primeiramente accionadas, ao Estado cabe a atribuição de benefícios sociais, substitutivos do rendimento familiar outrora existente (Castles cit por Silva, 2002, p.28). Na linha de Silva, uma consequência directa *“(...) desta configuração, quer no que prende com o funcionamento do mercado de trabalho, quer no que prende com a distribuição de rendimentos, é que, (...) é*

dada prioridade à protecção do adulto “ganha pão” com uma relação formal e duradoura.” (Silva, 2002, p.29). Esta situação gera valores de desemprego mais elevados nas mulheres e jovens. Apesar de, segundo o autor, face aos restantes países que incorporam o modelo do Sul, Portugal, revelar indicadores deveras motivadores, acima aliás da média europeia, já que detém das mais baixas taxas de desemprego e, por outro lado, revela uma taxa de emprego positiva. Tal deve-se, em larga medida, à elevada participação feminina no mercado de trabalho, quer a tempo inteiro quer a tempo parcial. Não obstante, os benefícios sociais, com origem na intervenção estatal, materializam-se sob a forma de transferências monetárias, revelando-se geralmente inexistente outro tipo de medidas que procurem promover a estabilidade no seio família e apoiem as famílias.

Neste âmbito, revelam-se particularmente marcante e distintiva a dimensão familiarista que o modelo corporativo denota, bem como a dualidade que este apresenta no que se refere ao sistema de protecção social preconizado para os indivíduos, os quais se distinguem de acordo com o status no mercado de trabalho. A dualidade ressalta precisamente na medida em que *“(…) os insiders encontram-se firme e efectivamente protegidos, ao mesmo tempo que os outsiders (...) são discriminados e deixados sob a protecção de redes incipientes de assistência social.”* (Silva, 2002, p.29). Impera, portanto, uma influência bismarkiana no que concerne ao apoio concedido aos indivíduos que efectivamente contribuíram para o sistema, por via do seguro social obrigatório, o qual se interliga com o estatuto ocupacional de cada um.

Precisamente o modelo de protecção social português tem vindo a assumir uma postura não somente dualista mas, sobretudo, assistencialista, emergindo como instrumento de resposta imediata às necessidades que surgem. Neste contexto, mais uma vez toca à família a superação das contrariedades, não se podendo dizer, ainda assim, que se trate de uma divisão equitativa entre homens e mulheres no desempenho das funções e papéis comumente atribuídos à família. De facto, a recomposição da estrutura das famílias, decorrente nomeadamente de mutações económicas e sociais que pautaram as sociedades, contribuiu efectivamente para atenuar a divisão de género persistente, designadamente em Portugal. Para o efeito contribuiu, como disse, o facto de a mulher incrementar a sua participação no mercado. Pese embora esse facto, certo é que a mulher viria a acumular o trabalho, já que para além do trabalho formal, detinha, igualmente, a seu cargo as tarefas domésticas bem como a provisão dos cuidados necessários às crianças e idosos. *“A dupla ligação, com a esfera pública e a esfera privada, teve como consequência a dupla jornada de trabalho”* (Oliveira e Amâncio, 2002, p.51)

Com efeito, o modelo de protecção social português apresenta sintomas de fragilidade, devido a um conjunto de transformações estruturais que pautam a sociedade portuguesa e que têm a ver com estas reconfigurações de família, do papel da mulher mas, também, com as transformações no mercado de trabalho - na medida em que, a outrora estabilidade que caracterizava o mercado laboral foi colocado em causa com a elevação da flexibilidade do mesmo.

Concluindo, denota-se uma aproximação efectiva do modelo de bem-estar português ao modelo corporativo, tal como preconizado por Esping-Andersen, não sendo possível, neste quadro, negligenciar a ligação constante entre a família, o mercado de trabalho e do estado (no domínio da protecção social), na provisão de bem-estar.

4. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SEGURANÇA SOCIAL

“Apesar da perene sensação de imobilismo e tal como qualquer outra sociedade, Portugal não esteve parado até 1960. Mas talvez não tenha, nas décadas anteriores, mudado muito depressa” (Barreto, 1996, p.35).

A forma como, na actualidade, se configura o Estado Providência, em Portugal, é o reflexo da influência de factores de várias ordens que, em diferentes fases, marcaram o seu nascimento e desenvolvimento. Com efeito, é possível evidenciar algumas das etapas e respectivos marcos que tiveram implicações significantes no processo de emergência e consolidação do Estado de raiz previdencial português.

O primeiro momento é instigado por um leque alargado de impulsos e iniciativas levadas a cabo por ordens religiosas, envoltas em valores e missões de caridade, iniciadas já durante a Idade Média. De facto, *“Desde tempos recuados os católicos, individualmente ou através da sua Igreja, praticaram a caridade (...) movidos especialmente pelas vantagens espirituais da acção caritativa, secundarizavam as verdadeiras causas da pobreza”* (cit por Carreira, 1996, p.55). Em termos concretos, alguns passos foram dados no âmbito da organização e criação de uma assistência privada, capaz de satisfazer um conjunto de necessidades com que se deparavam os indivíduos. Este embrionário planeamento das carências e riscos identificados no plano individual e familiar, movido por valores e sentimentos cristãos de beneficência e entre ajuda foi-se progressivamente desenvolvendo e maturando.

Efectivamente, entre avanços e recuos, emergiu durante a segunda metade do século XIX, um amplo número de associações mutualistas, as quais detinham já alguma capacidade de resposta, no âmbito do fornecimento de bens de primeira necessidade, medicamentos, cuidados médicos bem como de atribuição de prestações pecuniárias que, de algum modo, se apresentavam como acções de extrema relevância, já que permitiam responder a uma incapacidade, temporária ou permanentemente, para o trabalho. *“Reduzido à condição de vulgar mercadoria, o trabalho tornava-se um bem a utilizar segundo as regras da oferta e da procura, sem qualquer intervenção do Estado.”*, não sendo bem aceite pela doutrina liberal a intervenção e assistência pública. (Carreira, 1996, p.56).

O tempo viria a salientar uma insuficiência na protecção social, até então existente, sobretudo, no que concerne à velhice, sendo, deste modo criadas as primeiras Caixas de Aposentações, nos finais do século XIX. Esta caixa, criada em 1929 apenas previa a protecção dos funcionários públicos. Apesar desta primeira fase se apresentar como ampla, do ponto de vista da sua evolução histórica, esta viria a ficar marcada pela criação da Previdência Social, para o sector privado, a 16 de Março de 1935, a qual integrava um conjunto de caixas ou instituições, com a finalidade de assegurar, essencialmente protecção e assistência aos indivíduos, ao nível de certas eventualidades ocorridas, nomeadamente, no trabalho, que suprisse ao trabalhador o salário, temporária ou permanentemente. O objectivo último seria a manutenção de um nível de vida satisfatório para o trabalhador, sendo para o efeito atribuída uma prestação pecuniária. Paulatinamente, a criação destes fundos, sustentados por seguros sociais obrigatórios, financiado por capitalização, permitiu uma maior protecção dos indivíduos face à doença, invalidez, garantindo-lhes, igualmente, o direito a pensões de reforma.

A debilidade com que se apresentou este incipiente sistema de protecção social reflectiu-se num conjunto de medidas e reformas levadas a cabo durante o regime salazarista *“(…) que originaram a cobertura de riscos sociais clássicos (principalmente a substituição de rendimento em caso de velhice, invalidez, e sobrevivência) numa lógica de seguro social e de solidariedade intra-profissional, de base corporativa de garantia de direitos sociais associados ao mundo do trabalho.”* (Pereirinha e Carolo, 2006, p.1)

Não obstante, de acordo com o que nos sugere António Barreto, a década de 60, particularmente, evidenciou-se um período virtuoso, na medida em que, por essa altura, um leque de processos convergiram no sentido da mudança social, vivida já por outros países europeus. O fechamento, até então sentido, sobretudo, durante o Estado Novo, é contornado pelos impulsos evidenciados da industrialização e terciarização da sociedade. Do mesmo

modo, decresce significativamente a população rural e agrícola, devido, nomeadamente à fuga dos campos para a cidade, para outros países europeus, ou, com menor expressão, para as colónias, em busca de trabalho e de melhores condições de vida. (Barreto, 1996, p.35). *“Os dispositivos de segurança social eram, em 1960, incipientes. (...) Para todos os efeitos, tratava-se de um Estado quase sem segurança social”* (Barreto, 1996, p.47).

A segunda etapa, que coincide com os inícios dos anos 70, iniciou-se no decorrer do governo de Marcelo Caetano, no qual se deram os primeiros passos de criação de algumas medidas interventivas de cariz público, sob a tutela de um Estado eminentemente central. Muito embora os desígnios e pressupostos subjacentes a estas embrionárias intervenções sociais originalmente tivessem como finalidade apaziguar os descontentamentos gerados pela ditadura que se vivia, *“numa altura em que o regime se encontrava em acelerado e irreversível processo de fragmentação”* algumas acções sociais foram instigadas, salientando-se nomeadamente as que se relacionavam com o aumento da cobertura médica da população. (Silva, 2000, p.54).

Com efeito, a realidade que vigorou até aos finais dos anos 60 conheceu uma reviravolta com as reformas marcelistas, que progressivamente foi integrando um maior número de indivíduos, por via a cobertura de um maior número de riscos. Assim, *“(...) os beneficiários activos de todos os regimes representavam já nesse período 73% da população activa, sendo verdade, no entanto, que os pensionistas efectivos ainda só são 5,8% da população activa”* (Barreto, 1996, p.47).

Pese embora esta derradeira tentativa de manutenção do regime ditatorial, em que assentava o governo de Marcelo Caetano, apenas com o término da revolução dos cravos em 1974, e mais concretamente com a Constituição de 1976, se consolidou um contrato social de cariz providencialista, o qual está na base da *“(...) legalidade democrática e a institucionalização efectiva dos direitos constitucionais [que] surgem com a ruptura política e social resultante de 1974)”* (Mozzicafredo, 1992, p.57) Trata-se de uma fase de incorporação de direitos sociais, somados aos civis e políticos anteriormente institucionalizados, no sentido do reconhecimento do seu carácter universal. Efectivamente, a década 70 viria a demarcar-se das restantes, por um lado devido à revolução política registada após o golpe de Estado e, por outro lado, pelo término da guerra colonial. Estes eventos proporcionaram, como disse, o estabelecimento, ainda que progressivo, de um regime democrático e, do mesmo modo, impulsionaram uma abertura ao mundo ocidental e, concretamente, uma aproximação aos países europeus, no que concerne à orientação das suas políticas, a nível económico, político e social (Barreto, 1996, p.38).

Não obstante, finda a revolução de Abril de 1974, e ultrapassados alguns dos limites da previdência social de raiz corporativa, foi possível, nesse momento a criação do Sistema Nacional de Saúde, bem como a institucionalização da segurança social, a qual emerge como um sistema integrado e unificado de protecção a riscos, outrora não cobertos, tais como a maternidade ou a velhice. Assim, *“A Constituição da República, promulgada em 1976, criou um quadro institucional inequivocamente providencialista, com a consagração dos direitos sociais enquanto elemento integrante da cidadania; entre aqueles, o direito à segurança social.”* (Mendes, 1995, p.411).

Neste prisma, durante a década de 70, deram-se os primeiros passos para a transformação da previdência social, criando-se algumas bases e pilares para edificar um verdadeiro sistema de segurança social, concretizado aliás, na década de 80. Verdadeiramente, a par de outras conquistas alcançadas é, progressivamente ampliada durante esta mesma década, a protecção social no domínio da velhice, nomeadamente com o alargamento da pensão social a todos os indivíduos com mais de 65 anos de idade que não exercem uma actividade remunerada e não estivessem incorporados em nenhum sistema de previdência, abandonando a concepção originalmente assistencialista do direito à pensão.³⁷

Deveras, a Lei de Bases da Segurança Social³⁸, serviu de enquadramento para todos os regimes³⁹ e prestações que o sistema incorpora, vigorando até à actualidade. Trata-se, então, de um sistema que assenta na *“protecção dos trabalhadores e das suas famílias em situações de falta de recursos ou de perda de capacidade de trabalho, desemprego involuntário e morte, garantindo também a compensação dos encargos familiares”* bem como do conjunto de indivíduos que na ausência de recursos necessitem de protecção. (Mendes, 1995, p.411)

Assim, este novo sistema assenta fundamentalmente em dois regimes obrigatórios: o regime geral contributivo⁴⁰ (o qual inclui todos os trabalhadores assalariados e independentes) bem como o regime não contributivo, concebido para a proteger os indivíduos perante a

³⁷ Cf. Despacho Normativo nº59/77, de 23 de Fevereiro. Inicialmente o direito à pensão de velhice dependia de 10 anos de inscrição e 5 anos de contribuições.

³⁸ Cf. Lei nº28/84, de 14 de Agosto. Esta lei passa a contemplar os regimes da Segurança Social, a Acção social - que visa essencialmente prevenir momentos de carência, disfunção e marginalização social e a integração comunitária - bem como as garantias e contencioso, o financiamento, a organização e a participação, os esquemas de prestações complementares e, por último, as Instituições Particulares de Solidariedade Social sem fins lucrativos. (Ministério do Trabalho e da Solidariedade)

³⁹ *“Os regimes da segurança social são o conjunto de normas através das quais se subjectivam os direitos às prestações da segurança social”* (MSSS, 1996, p.7).

⁴⁰ O regime geral contempla igualmente três subsistemas: o esquema geral contributivo (cobre trabalhadores assalariados e independentes que não pertencem pelo sector público); o esquema de seguro social voluntário (que procura proteger nomeadamente os indivíduos que não estejam cobertos por nenhum sistema contributivo) e por último, o esquema não contributivo, que prevê a atribuição de uma pensão social, em caso de velhice ou invalidez, a cidadãos que não estejam abrangidos por nenhum dos esquemas anteriormente apresentados). (Pereira, 2000, p.8).

emergência de necessidades sociais e económicas não abarcadas pelo regime contributivo. No caso do primeiro, este prevê a atribuição de um leque de prestações sociais designadamente no domínio da velhice, invalidez, reformas, doenças, morte, desemprego, doenças ou acidentes laborais, compensações por encargo de familiares, entre outros. Por outro lado, o regime não-contributivo prevê o desenvolvimento de medidas redistributivas que apoiem jovens, crianças, idosos ou pessoas com deficiência, entre outros.

A primeira lei de bases da Segurança Social configurou-se, assim, mais do que numa nova forma de enquadramento das prestações e dos regimes, traduziu-se num novo sistema de gestão social dos riscos. *“Aí se afirma a partilha social do risco sob administração directa do Estado em rota para o providencialismo público, confirmando a subalternidade das formas previdenciais e de partilha dos riscos privada”* (Mendes, 2005, p.117). Inerente a esta gestão estão um conjunto de princípios, sendo os quais se rege este novo sistema, designadamente o da universalidade, igualdade, solidariedade ou eficácia, de forma a responder às exigências dos grupos sociais mais carenciados, do ponto de vista económico.

Assim, o Estado, que até então tinha uma postura supletiva, adopta uma posição mais dinâmica e activa, sobretudo, por via das transferências públicas para a Segurança Social, de forma a assumir as despesas do regime não-contributivo e da Acção Social.⁴¹ *“A assistência social corporativa é definitivamente superada pela lógica dos direitos sociais”* (Mendes, 2005, p.119). Na base da cidadania, amplia-se o leque de políticas sociais, com vista à satisfação das necessidades e expectativas bem como à optimização dos direitos sociais. No fundo, tal representa verdadeiramente uma resposta a pressões mais imediatistas que implicam necessariamente que se promovam medidas de integração social, longe, porém, de serem a tradução directa de políticas sociais sustentadas e ancoradas em objectivos sociais

⁴¹ Cf. artºs 52º, 54º e 55º.

Durante muitos anos o Estado não cumpriu os patamares a que se tinha prontificado nesta lei de bases. Em rigor, *“A contribuição do Estado com as despesas da Segurança Social, apesar de ter vindo a aumentar após 1974, está ainda distante, quer das necessidades sociais, quer do nível atingido pelos restantes países europeus.”* (Mozzicafreddo, 1992, p.71).

Ademais, importa acrescentar que os encargos do Estado, que implicavam portanto transferências públicas, para a Segurança Social, não foram cumpridos na sua totalidade, gerando-se a dívida deste para com a Segurança Social. De acordo com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, *“(…) o Estado não tem cumprido integralmente este disposto legal, registando-se desde a entrada em vigor do referido diploma, em 1984, uma crónica e ininterrupta insuficiência de transferência de verbas do OE para a Segurança Social”* (MSSS, 1996, p.64). Esteve na origem da criação, em 1989, do Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social (FEFSS) a necessidade de assegurar a estabilidade do sistema, no sentido de se criarem reservas passíveis de serem utilizadas futuramente, constituindo-se este fundo como um elemento de capitalização. (MSSS, 1996, p.65).

Assim, no que toca aos encargos com o regime não contributivo e aos esquemas de protecção social promovidos, no domínio da Acção Social, estes forma cobertos pelo regime contributivo, isto é, por via das contribuições dos trabalhadores, colocando-se em causa a sustentabilidade do sistema. Esta não é, ainda assim, uma matéria consensual na literatura.

mais duradouros no tempo, que possibilitem precisamente antecipar contrariedades e eventualidades.

Por conseguinte, desde a sua origem, a Segurança Social, foi incluindo um maior leque de eventualidades e riscos sociais. Este acréscimo registado ao nível da cobertura pública foi acompanhado, necessariamente por um aumento no número de beneficiários das medidas concebidas. De facto, na linha do que nos sugere Medina Carreira, as descontinuidades que caracterizaram a evolução do sistema de segurança social relacionam-se com variações registadas ao nível da sua capacidade de financiamento, isto é, ao longo dos tempos, o aumento desmesurado do número de beneficiários não tem sido acompanhado por uma subida de receitas, o que tende a diminuir a capacidade e sustentabilidade do sistema. (Carreira, 1996, p.80).

Concretamente, a emergência do Estado-Providência em Portugal, ocorre tardiamente, quando comparado com outros países que incorporam a o modelo social europeu. Este foi alargando o seu horizonte de actuação e, sobretudo, de protecção social de uma forma veloz, e sem que, este processo, fosse acompanhado por um sistema de contribuições suficientemente robusto, capaz de garantir a universalidade que este pressuponha e em que assentava. Significa isto que, a rápida cobertura pública dos riscos sociais, cada vez mais vastos, reflectiu-se na própria despesa pública que aumentou consideravelmente, sem que esta fosse igualmente acompanhada por receitas extraordinárias.

A este propósito, importa atentar ao modelo de financiamento do sistema da segurança social em Portugal. De acordo com Mendes, a lei de bases “(...) instituiu o regime de repartição para o financiamento das despesas correntes da segurança social e confirmou os rendimentos de trabalho como a base de imposição da taxa social única” (Mendes, 1995, p.412). Com efeito, as despesas em prestações sociais com a população inactiva são suportadas pelas contribuições da população activa, ponderadas de acordo com o rendimento do trabalho que auferem. A todos os cidadãos cabe também o pagamento de um imposto geral, com vista ao financiamento de prestações de solidariedade.

Na medida em que o modelo de financiamento assenta, de facto, numa lógica de repartição, gerou-se, desde então, os primeiros indícios de um sistema de segurança social que viria a vivenciar sérios problemas de sustentabilidade, já que este se tem vindo a confrontar com uma rápida transição demográfica, no sentido do aumento exponencial do número de pensionistas. Sobretudo, “(...) num contexto em que o volume de contribuições para o sistema (...) cresce a uma taxa inferior ao volume de prestações a pagar (por exemplo, devido ao envelhecimento demográfico e ao aumento das carreiras contributivas), o sistema poderá não

se conseguir auto-financiar” (Pereira, 2000, p.9). De facto, a implementação de um sistema de protecção social sustentável, do ponto de vista financeiro, implica necessariamente que se adopte uma política de gestão dinâmica que compreenda os condicionalismos e limites que se impõem. No domínio da sustentabilidade financeira do sistema de segurança social importa, naturalmente atender à evolução dos indicadores macroeconómicos e da demografia e, do mesmo modo, à própria natureza do sistema em causa. (MTS, 2002).

Neste quadro, a fragilidade da intervenção do Estado-Providência e o ritmo acelerado com que este se processou promoveram, necessariamente, reflexos na forma como se organizou o sistema, nomeadamente ao nível das políticas sociais no domínio do apoio a idosos dependentes.

5. POLÍTICAS SOCIAIS ORIENTADAS PARA A TERCEIRA IDADE EM PORTUGAL

Como fora já analisado, a protecção social, e, especificamente as acções desenvolvidas que lhe dão corpo, destinam-se a assegurar direitos básicos de uma qualquer pessoa que se defronte com situações de risco. Neste sentido, as políticas sociais visam, segundo o princípio da igualdade de oportunidades, actuar precisamente de forma a diminuir os riscos em situações como as de velhice, pobreza, exclusão social.

De acordo com dados produzidos pelo Instituto Nacional de Estatística, disponíveis no Anuário Estatístico de Portugal, publicado em 2010, os dados referentes às receitas e despesas de protecção social, em Portugal, entre 1990 e 2008, revelam um saldo positivo de 2106,7 milhões de Euros. Com efeito, as receitas de protecção social, revelaram-se superiores às despesas no valor de 40481,9 milhões de euros. Neste domínio, o total de receitas de protecção social (compostas quer pelas contribuições públicas – na sua maioria – quer por quotizações da entidade patronal, entre outras) relativas ao conjunto de regimes que compõem este sistema aumentou aproximadamente 3,4% face a ano anterior, apresentando um valor de 45134,4 milhões de euros. Por outro lado, ao considerar o campo das despesas, estas apresentam um valor na ordem dos 43027,7 milhões de euros, das quais se salientam as relativas às prestações sociais, que representam 92,8% do total dos gastos, em 2008.

Não obstante, os dados estatísticos para a população portuguesa revelam que, entre 1990 e 2009, dos vários regimes que compõem o sistema de Protecção Social, a Segurança Social, assumiu o peso mais expressivo, ao assegurar quer o regime contributivo quer o não-contributivo. Do mesmo modo, se pode dizer que trata de um sistema profundamente centrado nas pensões dirigidas à terceira idade, na medida em que, do total de pensionistas da

Segurança Social (2859 mil indivíduos), cerca de 76% auferem de pensão de velhice, seguida da pensão de sobrevivência (14%) e da pensão de invalidez (10%). De facto, de entre os grupos em situação mais vulnerável, sujeito a uma multiplicidade de riscos ao nível da habitação, custos e, sobretudo, ao nível da saúde encontram-se os idosos.

A concessão de prestações a este grupo de risco, nomeadamente pecuniárias, constitui para o sistema de protecção social e, concretamente para a segurança social, o que assume mais significado em termos de encargos financeiros. Em 2009, por exemplo, a Segurança Social pagou cerca de 13170,9 milhões de euros a no campo das pensões, contudo, cerca de 75,8% do total foi dirigido para a população que aufer de pensão de velhice. Por conseguinte, é sob a população mais envelhecida que recai a maior proporção de despesas, quer ao nível das reformas (quando estas pessoas atingem a idade mínima considerada pela lei para a cessação da sua actividade profissional) bem como ao nível de determinados complementos auferidos por estas pessoas quando em situação de carência ou que exigem cuidados extraordinários.

A preocupação com a população idosa, para a Segurança Social, reside no facto de este grupo, outrora activo, ter em primeira instância duplicado nos últimos quarenta anos e, por outro lado, a um ritmo mais acelerado relativamente ao ritmo de crescimento da população total. As implicações económicas declaram-se em si mesmas preocupantes uma vez que estas pessoas deixam automaticamente de contribuir para a sustentabilidade do sistema da Segurança Social, ao passarem de contribuintes para beneficiários, ainda que o número de idosos que mantém uma actividade profissional tenha vindo, progressivamente, a registar um aumento.

Com vista a responder às necessidades das populações mais envelhecidas, no sentido de compatibilizar envelhecimento e qualidade de vida, têm vindo a ser implementadas medidas de acção social intersectoriais que pretendem dar ênfase à solidariedade, apoio à família e inserção social. Efectivamente, neste âmbito, está a partilha de preocupações crescentes no que toca às transformações que na população portuguesa vêm ocorrendo nas últimas décadas e que afectam, sobretudo, determinados grupos sociais.

Neste âmbito, algumas medidas foram tomadas no domínio da terceira idade, após a aprovação da lei de bases da segurança social, sobre as quais importa agora reflectir e aprofundar conhecimento.

Na década de 90, mais concretamente em 1993, adoptaram-se algumas medidas reformistas, especificamente no regime jurídico das pensões de invalidez e velhice, pertencente ao regime geral. Após aquela data, independentemente de se tratar de um homem

ou mulher, para que um ano entre para o conjunto de anos contributivos dos trabalhadores, estes têm de descontar num ano pelo menos 120 dias para a Segurança Social, não bastando apenas um dia como até então. Do mesmo modo, uniformizou-se a idade para obtenção de pensão nos 65 anos, sendo os 15 anos de descontos um requisito fundamental para obtenção da mesma⁴².

Precisamente em 1997, reclamando-se uma nova política social de compensação dos encargos sociais, é reformulada a protecção nesta eventualidade, no sentido de, através da técnica da selectividade, procurar responder às necessidades das estruturas familiares mais debilitadas do ponto de vista dos seus recursos económicos⁴³. (MSSS). Entre outras medidas, em 1999, ao nível do regime não-contributivo, é substituído o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa, instituído em 1989, pelo Complemento de Dependência⁴⁴. Trata-se de uma prestação atribuída aos pensionistas da segurança social que se encontrem em situação de dependência, e que, portanto, não sejam capazes de, eles próprios, satisfazer as necessidades básicas quotidianas, tais como a realização dos cuidados de higiene, necessitando, por isso, de serem assistidos por uma terceira pessoa. O montante mensal do complemento está indexado ao valor da pensão social do idoso, variando de acordo com o grau de dependência da pessoa. Estão prognosticados, dois graus de dependência: para o primeiro grau, que compreende uma situação de dependência a 50%, está previsto o valor de 94,77 €, e para o segundo, que prevê uma situação de dependência a 90%, um valor de 170,58 €. ⁴⁵ Em larga medida, tem sido muito discutida a forma como se operacionaliza este subsídio económico destinado a ajudar as pessoas a lidar com a situação de dependência. Parte do debate tem a ver precisamente com o conteúdo do benefício, o qual apresenta, em Portugal, um valor irrisório. Contudo uma outra questão tem sido levantada e tem que ver, sobretudo, com a titularidade do benefício. Na Europa tem-se evidenciado duas tendências opostas. Em determinados países, como é o caso de Portugal, o benefício é centrado no próprio dependente, o idoso, acentuando, desta forma, o reconhecimento da autonomia do dependente na escolha da forma como vai gerir e suprir as necessidades da sua dependência, não existindo, por isso, um reconhecimento explícito do papel do cuidador informal. Aqui o benefício não está centrado naquele que assiste e na compensação do cuidador, nomeadamente monetariamente, pelo envolvimento na prestação

⁴² Cf. Decreto-Lei nº 329/93.

⁴³ Cf. Decreto-Lei nº 133-C/97, de 30/05

⁴⁴ Cf. Decreto-Lei nº 265/99, de 14/07, posteriormente substituído pelo decreto de lei 309-A/2000.

⁴⁵ **1.º grau** – pessoas que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal. **2.º grau** – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave. (cfr: <http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.02.08>).

de cuidados e, concretamente, pela perda do rendimento inerente aos obstáculos de inserção no mercado de trabalho.

Noutros países, como os nórdicos, a opção tem sido contrária, logo, os benefícios estão centrados no cuidador e na compensação monetária do trabalho que o cuidador executa. Note-se que, o não reconhecimento do cuidador no domínio dos benefícios sociais, reflecte precisamente o princípio estruturante das lógicas familialistas, as quais assentam no pressuposto de o papel pela prestação de cuidados e gestão das dependências se configura numa tarefa natural no seio da família e, portanto, não existe necessidade de se constituir como objecto de reconhecimento no domínio das políticas sociais⁴⁶. Noutros sistemas a instância predominante de prestação de cuidados continua a ser a família existindo, no entanto, formas distintas de lidar com este cuidador. De facto, nestes casos, é reconhecido como um agente de provisão de bem-estar social estando, neste âmbito, objecto, ele próprio, de um conjunto específico de medidas de política social.

Não obstante, no sentido de incrementar a pensão social dos idosos que auferem de baixos rendimentos, em 2005, foi criado o Complemento Solidário para Idosos (CSI). Tratando-se de uma prestação monetária complementar à pensão social do idoso, o seu objectivo será o de permitir que os seus beneficiários consigam erradicar a situação de pobreza, em que se encontram. Qualquer idoso, português ou que resida em Portugal há pelo menos 6 anos, poderá requerer a avaliação de recursos para obtenção deste complemento, se os seus recursos forem inferiores a 5.022 €, por ano, ou no caso de ser casado, o casal auferir de um rendimento anual inferior a 8.788,50 €⁴⁷.

Como anteriormente analisado, o Estado de bem-estar português, detém de uma particularidade profundamente familialista no momento de concepção das políticas sociais, particularmente no que respeita à organização das acções dirigidas para a terceira idade. (Lopes, 2006, p.126). Nitidamente imbuídas nesta ideologia, progressivamente, instigaram-se algumas iniciativas que visavam, dar resposta às novas exigências dos idosos, a montante, e às necessidades sentidas pelos principais prestadores de cuidados àqueles idosos, a jusante.

No momento de estruturação dos cuidados destinados à terceira idade, isto é, durante o processo de escolha dos apoios formais e informais e sua posterior organização, alguns factores são determinantes. Na verdade, para além da consideração do grau de dependência da

⁴⁶ Em termos formais, o Complemento por Dependência foi, sobretudo, pensado para aquelas pessoas que, não tendo família, necessitam de comprar o cuidado, por via do benefício atribuído. Contudo, na prática, trata-se de um valor verdadeiramente irrisório face às exigências e necessidades que o apoio e assistência por dependência reclamam.

⁴⁷ Cf. Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro (última actualização do valor de referência e do montante do CSI pela portaria n.º 1457/2009, de 31 de Dezembro).

pessoa idosa, devem igualmente ser equacionadas designadamente, o campo das expectativas e preferências desse grupo e dos seus cuidadores face aos apoios existentes para ambos, ainda que o Estado concebe, por excelência, o domicílio do idoso, como a prioritário face às demais alternativas, tais como a institucionalização. Do mesmo modo, é relevante entrar em linha de conta com o nível de rendimento familiar, ou, ainda, com a disponibilidade da rede de apoios formais ou informais, na ocasião da concepção dos cuidados mais adequados às necessidades do idoso em causa.

Um leque de estratégias e, concretamente, políticas sociais, tem sido, nos últimos anos, concebidos e implementados, no domínio da organização dos cuidados e apoios sociais à terceira idade. Neste âmbito, o Estado têm vindo a apresentar um papel cada vez mais importante, na medida em que se manifesta, para além de uma entidade reguladora, uma entidade financiadora. Este facto, traduz-se no aumento progressivo das respostas sociais para este grupo etário, particularmente no que diz respeito aos equipamentos sociais⁴⁸ e aos programas públicos, de cariz mais inovadores e/ou alternativos desenvolvidos, na última década⁴⁹. Fundamentalmente, trata-se de programas de cuidados para idosos que visam adiar a sua institucionalização, isto é, o internamento das pessoas idosas em situação de dependência que não se enquadram nos restantes programas mais estandardizados.

Note-se, neste quadro, a criação, em Julho de 1994, do Programa de Cuidados Integrados a Idosos (PCII), promovido em parceria pelo Ministério da Saúde e do Emprego e da Segurança Social⁵⁰. O PCII, que comporta um leque alargado de iniciativas e projectos de desenvolvimento local, tem a finalidade, por excelência, de contribuir de uma forma significativa para o incremento da qualidade de vida da população idosa, particularmente da que possui algum grau de dependência. Procura-se, assim, por via do desenvolvimento de respostas integradas, que combinam os serviços de saúde com a acção social, instigar a manutenção do idoso no seu contexto familiar, melhorando designadamente os serviços e acesso aos mesmos, e, do mesmo modo, revalorizar o papel da família neste quadro interactivo, por via do desenvolvimento de medidas que as apoiem e dotem de competências necessárias para a prestação dos cuidados dos seus idosos. Neste último caso, foram

⁴⁸“ (...) considera-se equipamento social toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se desenvolvem directamente junto dos utentes.” (GEP/MTSS, 2008, p.10).

⁴⁹ Assim se justifica que desde 1998 até 2008, o número de respostas sociais tem incrementado na ordem dos 51,1%, existindo, neste último ano referido cerca de 6800 valências, quando considerada a totalidade de centros de dia, residências e lares de idosos e serviços de apoios domiciliários (SAD) promovidos neste âmbito (GEP/MTSS, 2008, p.24).

⁵⁰ Este Programa é financiado por 25% dos resultados líquidos do jogo Joker, apurados no final de cada trimestre pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

inaugurados planos de formação que apoiem os familiares dos idosos e, sobretudo, os que exercem os cuidados, no sentido de otimizar as respostas dadas a estes últimos. Para além de prever a formação a cuidadores informais, este projecto, igualmente apoia a formação de agentes que prestam cuidados formais, destinando-se, por isso não só a familiares, mas, também, a profissionais (nomeadamente de saúde), a voluntários ou a elementos da comunidade (tais como vizinhos) que estejam envolvidos no cuidados a pessoas em situação de dependência, particularmente idosos.

Este programa integrado apresenta-se como inovador na medida em que procura produzir um conjunto de serviços ao domicílio com maior intensidade e, igualmente, procura produzir serviços integrados de prestação de serviços médicos e de enfermagem, serviços de apoio a actividades de vida diária ou outras de carácter social. Assim, as acções promovidas no âmbito do PCII, são concretizadas por via de projectos de desenvolvimento local e de nível central, tais como:

- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** – Consiste numa intervenção individualizada, com um carácter, sobretudo, preventivo e reabilitador. Tem como finalidade a manutenção do idoso ou das pessoas com algum grau de dependência, no seu espaço vivido e conhecido, procurando, desta forma retardar o processo de internamento da pessoa em causa. Por conseguinte, procura-se alargar a cobertura do serviço e articular um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais, no sentido de adequar esta resposta às necessidades das pessoas que dele auferem.
- **Formação de Centro de Recursos Humanos (FORHUM)** – visa dotar os familiares, vizinhos, voluntários e profissionais, da área de saúde e da acção social, de um conjunto de saberes e competências que os habilite para a prestação de cuidados formais e/ou informais.
- **Centro de Apoio a Dependentes (CAD)** – trata-se de centros de nível local, que procuram garantir à comunidade, de forma temporária, a prevenção e/ou reabilitação de pessoas em situação de dependência. O CAD, detém uma componente de internamento, contudo, existe em estreita articulação com o serviço de apoio domiciliário, procurando, por esta via assegurar os cuidados necessários à manutenção da autonomia da pessoa. Com esta finalidade, busca impulsionar o retorno da pessoa ao seu ambiente habitual, apelando por isso, neste processo, à uma participação da família.

- **Serviço Telealarme (STA)** – trata-se de um serviço de emergência que quando accionado permite ao idoso, a partir de um sistema de telecomunicações, responder às suas necessidades imediatas, já que o próprio sistema o encaminha para o serviço ou apoio mais adequado. São vários os parceiros e entidades envolvidas, nomeadamente a Cruz Vermelha Portuguesa, Centros hospitalares, centros de saúde, e mesmo pessoas singulares, como familiares ou vizinhos do idoso que requer o serviço.
- **Passes para a Terceira Idade** – são eliminadas as restrições horárias para as pessoas com 65 e mais anos, no domínio dos transportes das zonas urbanas e sub-urbanas de Lisboa e Porto.
- **Saúde e Termalismo Sénior** – com a finalidade de facilitar o acesso da população idosa detentora de baixos rendimentos a tratamentos termais, o PAII financia esta acção, a qual é gerida pelo INATEL, no sentido de prevenir sobretudo o isolamento social.

Em 2004, emerge o Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas em estreita ligação com a Rede de Cuidados Integrados de Saúde, criada em 2003. Este programa traduziu-se verdadeiramente no primeiro passo de organização de cuidados de longa duração destinados às pessoas que se encontram em situação de dependência. Efectivamente, impulsionada pela Direcção-Geral da Saúde, este programa visa capacitar os cidadãos idosos de maior autonomia, independência bem como qualidade de vida. Ademais, é seu objectivo a recuperação global da pessoa, preferencialmente na sua residência e espaço habitual de vida, instigando para o efeito o exercício multidisciplinar dos serviços de saúde e, concretamente a articulação das redes de cuidados de saúde nos sectores primários e hospitalares. Estas políticas, “(...) *acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população*” (DGS, 2004, p.4).

Finalmente, em Junho de 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)⁵¹. A RNCCI, emerge como um projecto inovador que comporta um conjunto vasto de serviços que visam, por um lado, responder de uma forma adequada às

⁵¹ Cf. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. A Rede resulta do modelo de intervenção concebido pela Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, criada em 2005, pela Resolução do Conselho de Ministros em nº85/2005. A Rede é financiada por transferências do Orçamento do Estado e pelos impostos.

necessidades da pessoa que se encontra em situação de dependência, com o objectivo de melhorar o seu acesso à prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

A Rede é formada por um conjunto de instituições, públicas e privadas, e procura, por via da implementação de um novo modelo organizacional, criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, apoiar todas as pessoas em situação de dependência, independentemente da sua idade. Por via da parceria entre o Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Protecção Social, procura-se integrar os cuidados continuados integrados que contam, simultaneamente, com o apoio proveniente da Segurança Social, nomeadamente ao nível do investimento e monitorização de instituições de solidariedade social, autarquias, privados bem como outros intervenientes, próximos da residência do doente que possam ser úteis na prestação do cuidado e apoio ao mesmo. Assim, conforme o último relatório de monitorização do desenvolvimento das actividades da RNCCI *“(…) tem sido estimulada a autonomia regional, nas vertentes de planeamento, acompanhamento e controlo, de modo a que, no respeito pelos princípios da RNCCI, sejam agilizados os procedimentos e garantida a adequação das respostas implementadas à necessidades identificadas e aos potenciais recursos disponíveis, bem como a garantia de melhoria contínua de qualidade.”* (RNCCI, 2010, p.4)

Por via da optimização de algumas respostas integradas procura-se obter uma recuperação global da pessoa com dependência, em geral, e incrementar a sua autonomia e funcionalidade, particularmente⁵². Subjacente ao novo paradigma que dá corpo ao novo modelo organizacional da Rede está uma emergente forma de concepção dos cuidados, os quais exigem necessariamente uma óptica multidisciplinar e interactiva entre os diferentes sectores envolvidos. Não menos importante se revela, neste processo, os diferentes elementos/sectores que dão corpo a este projecto: com um papel mais promotor o Estado, mas, igualmente relevantes as políticas inerentes ao sector da saúde e segurança social, os diferentes parceiros sociais, públicos e privados, bem como a rede de vizinhança e a comunidade em geral.

Para além dos benefícios pecuniários (Complemento por Dependência), é possível, ainda, mediante um teste de meios, a obtenção de benefícios em espécie. A este respeito são de salientar alguns programas/serviços relevantes:

- **Acolhimento familiar a pessoas adultas e idosas com deficiência** – visa, de forma temporária ou permanente, integrar em famílias idóneas e tecnicamente

⁵² Consultar site da Rede: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.

enquadradas, nomeadamente idosos que se deparam com a carência de ver as suas necessidades básicas satisfeitas, tais como as referentes a assistência médica. Assim, face à impossibilidade de manutenção do idoso no seu domicílio, este passa a integrar uma família que lhe assegure as condições necessárias, já que, não raras vezes, os familiares mais próximos não se encontram disponíveis ou por opção não prestam monitorização aos seus idosos⁵³.

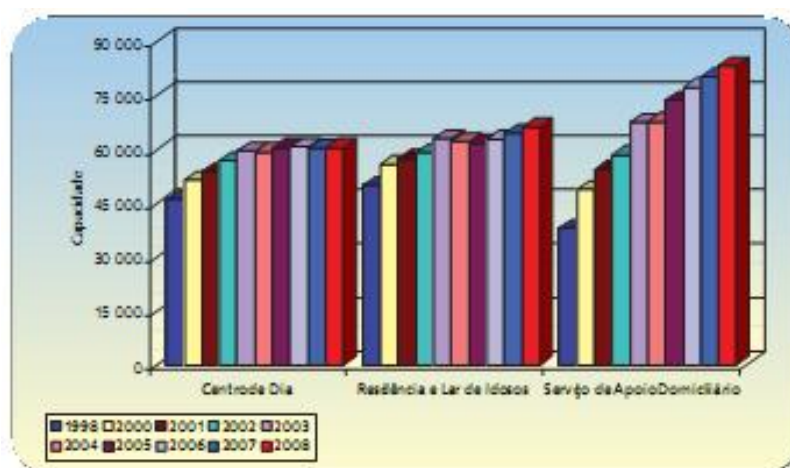
- **Centros de atenção diurna e nocturna** – entendidos como serviços comunitários, não implicam necessariamente a saída do idoso da sua residência. De facto, estes centros procuram fornecer um leque de serviços de apoio, bem-estar, de saúde, transporte, actividades ocupacionais que visem promover a autonomia do idoso. Assim, é possível distinguir o centro de noite – entendida como uma resposta social para idosos que estejam isolados e necessitem de assistência nocturna; o centro de dia – que permite igualmente assegurar, durante um período de tempo (normalmente 8 horas), a assistência necessária ao idoso durante o dia, por via da conciliação de vários serviços e lhe permite, findo esse período, regressar ao seu domicílio; o centro de convívio – apresenta-se como uma resposta social que combina o desenvolvimento de actividades sócio-recreativas e culturais com a promoção da participação do idoso na comunidade.
- **Cuidados de saúde** – neste âmbito, o lar de idosos, quando para residência permanente, permite desenvolver actividades de apoio social a pessoas idosas, por via do fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, bem-estar, proporcionando igualmente a ocupação e animação social dos tempos livres dos mesmos; as unidades de convalescença permitem obter cuidados clínicos de reabilitação médica e de apoio social/psicológico (Unidade de Média Duração e Reabilitação) enquanto que as Unidades de longa duração e manutenção, procuram otimizar um conjunto de apoios sociais e tratamentos de manutenção para pessoas que sofrem de patologias crónicas; por último, os centros ou unidades de cuidados paliativos destinam-se ao apoio, em meio hospitalar, de pessoas gravemente doentes.

⁵³ Considerando-se a evolução das famílias de acolhimento, detecta-se uma evolução positiva no que concerne ao número de idosos acolhidos. Assim, atendendo especificamente a este grupo-alvo, verificou-se um acréscimo na ordem dos 14%, no período que medeia entre 2001 e 2008. Ver anexo IX.

Concluindo, a Rede assume como objectivo central, por um lado, a manutenção e encorajamento do conjunto de cuidados que são prestados em contexto familiar e a nível comunitário e, por outro lado, os restantes cuidados hospitalares, no sentido de complementar os cuidados primários com os cuidados hospitalares mais especializados, o que permite amplamente responder integrada e adequadamente às diferentes necessidades que vão surgindo e para as quais importa obter resposta. Mais uma vez nos deparamos com um instrumento de política social relativamente recente, muito propagandeada na cena internacional, mas que mais uma vez reproduz o princípio fundamental ligado ao papel central que as famílias detêm no domínio do cuidado. A Rede procura, na sua essência, fornecer algum tempo às famílias para se adaptarem, não oferecendo nenhum mecanismo especificamente centrado no papel do cuidador.

Atentando à evolução das respostas sociais destinadas à terceira idade detecta-se uma evolução positiva das mesmas. Com efeito, o gráfico que se segue, cujo enfoque analítico incide particularmente nas respostas ao nível dos centros de dia, residência e lar de idosos e serviço de apoio domiciliário, permite destacar uma evolução positiva destes principais equipamentos sociais, comprovando, por isso os passos dirigidos à expansão da capacidade até então existente para a população idosa.

Figura 4 – Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Portugal Continental, 1998-2008.



Fonte: Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos, relatório de 2008, p.24

Aliás, “ (...) verifica-se que o SAD apresenta a maior taxa de crescimento ao longo dos anos (...).Deste modo, o SAD apresenta, no período de referência, uma taxa de

crescimento da capacidade instalada de 119,1%, correspondendo à criação de cerca de 45 300 lugares.” (GEP/MTSS, 2008, p.24).

Em termos conclusivos, verifica-se uma evolução positiva do leque de políticas sociais destinadas à população idosa. Destaque-se, porém, que o encorajamento do cuidado a estes idosos em contexto familiar, por parte do Estado de bem-estar, não tem sido acompanhado igualmente acompanhado por um número vasto de benefícios e sobretudo, opções para os que prestam aquele cuidado. Com efeito, a prestação de cuidados informais comporta um conjunto de impactos, a nível individual, familiar e social, que se fazem sentir em vários domínios, tais como, no trabalho profissional dos cuidadores, nas actividades sociais e de lazer, nas relações familiares, nas rotinas diárias e, mesmo na saúde da pessoa que presta o cuidado. Apesar de reconhecidos os cuidados informais, este assenta no princípio da subsidiariedade, concedendo o Estado à família a esfera privilegiada de assistencialismo às pessoas idosas, exercendo este, portanto, um papel complementar.

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA E DESENHO DE PESQUISA

Introdução

A actualidade tem vindo a pautar-se por um vasto conjunto de mutações que se repercutem em vários domínios da estrutura social. Esta consciencialização tem vindo a suscitar estudos muito diversificados ao nível das diferentes esferas que caracterizam as nossas sociedades, procurando, dessa forma, ampliar o conhecimento existente sobre um determinado fenómeno social. Inscrito nesta dinâmica, a presente investigação, motivada pelo debate intenso que se tem gerado no domínio do envelhecimento populacional, pretende de uma forma sustentada e científica, apreender o lugar que o prestador de cuidados informais de idosos dependentes ocupa no panorama mais vasto da protecção social na terceira idade em Portugal.

Para o efeito, procura-se potenciar uma análise das principais especificidades do modelo de bem-estar português no sentido de apurar a lógica inerente à forma como a assistência e os cuidados na velhice se encontram organizados, a qual nos conduz às possibilidades existentes neste âmbito para responder às necessidades manifestadas por este segmento populacional.

Para além desta primeira dimensão, que busca deslindar a dinâmica institucional ligada à protecção social na velhice, uma segunda aparece impreterivelmente conectada, desta vez relacionada com a dinâmica familiar. De resto, para além da denominada solidariedade pública ou formal, também a solidariedade de origem familiar tem vindo a surtir efeito no que toca ao acréscimo de possibilidades de resposta que esta potencia para os idosos que carecem de assistência, sendo por esse motivo uma dimensão analítica significativa no quadro teórico que aqui se pretende inaugurar. Esta matriz teórica não estaria, ainda assim, completa sem a consideração da dimensão cultural e normativa, a qual nos dá conta não apenas daquilo que os indivíduos declaram preferir e esperar, no que respeita às distintas alternativas de protecção existentes mas, igualmente daquilo que os indivíduos revelam optar quando meditam sobre a sua situação em concreto e, portanto, quando consideram as estratégias que lhes são possível accionar em caso de necessidade.

Partindo da convergência destas três dimensões, procura-se avaliar, nomeadamente, até que ponto o leque de expectativas, valores e disponibilidades que os potenciais cuidadores externalizam, estão em consonância ou não, com o princípio familialista que caracteriza o sistema de protecção social português.

Por conseguinte, o capítulo que se segue visa dar a conhecer o plano metodológico desenvolvido para operacionalizar a hipótese preambular da investigação e, particularmente, as questões de pesquisa que daí resultam. Verdadeiramente, o capítulo apresenta-se fragmentado em três partes distintas, ainda que complementares. A primeira parte procura fundamentalmente proporcionar ao leitor uma apreensão global da lógica conceptual da pesquisa, dando a conhecer o modelo analítico orientador da mesma, de forma a justificar a pertinência das questões de pesquisa avançadas. Naturalmente, para o efeito, procura-se nesta fase abordar sumariamente as especificidades que contornam a situação concreta de Portugal no domínio da protecção social, bem como dar relevo às novas configurações e dinâmicas familiares enquadradas nas novas realidades socio-demográficas, as quais têm vindo a representar, para as entidades públicas autênticos desafios. Este revisitar literário permite, no fundo, que melhor compreendamos o desenho da pesquisa já que nos permite apreender o elo de ligação que se estabelece entre o raciocínio conceptual apresentado e as análises empíricas anunciadas.

A segunda fracção deste capítulo destina-se à identificação do método de pesquisa adoptado, particularmente no que concerne ao paradigma e abordagens metodológicas accionadas neste estudo. Neste âmbito, procura-se claramente dar a conhecer as fontes dos dados bem como os procedimentos adoptados no domínio da análise empírica operada.

Uma última parte é dedicada à apresentação do material empírico utilizado neste estudo, especificamente no que diz respeito ao conjunto de detalhes técnicos necessários para compreender com clareza os procedimentos implementados ao longo da preparação, recolha e manipulação dos dados, de forma a fornecer ao leitor os mecanismos necessários para avaliar por si mesmo a qualidade dos dados disponíveis.

1.Revisão literária – o modelo de análise

Ao longo dos últimos decénios a temática do envelhecimento demográfico tem sido devidamente estudada sob diversos enfoques analíticos. Mais do que um acontecimento este processo rapidamente se configurou numa realidade com traços específicos e exigências singulares. A ritmos e com contornos dispares entre os diferentes países que acompanharam a modernização societal, o envelhecimento populacional tem sido percepcionado sob pontos de vista divergentes entre os diferentes regimes de bem-estar. Particularmente, desde a sua emergência o Estado-Providência Português tem vindo evidenciar algumas especificidades no

que respeita à organização das políticas sociais, em geral, e na protecção na velhice, em particular.

Com emergência tardia, o Estado de bem-estar português, depara-se, desde logo, com a necessidade de responder a imperativos de ordem sócio-demográfica ao mesmo tempo que necessita de dar cartas no campo da modernização do país. De facto, Lopes salienta que *“Tem sido demonstrado que o Estado-Providência Português se tem desenvolvido dentro de um caminho específico de modernização, o qual ajuda a entender não apenas alguns traços institucionais mas também as suas limitações estruturais financeiras”* (Lopes, 2006, p.133).

Efectivamente, no caso português, o caminho desbravado no domínio da organização geral do sistema de protecção na velhice tem sido pautado por carácter profundamente assistencialista e, mais do que isso, familialista. Verdadeiramente, Portugal, semelhantemente ao que acontece nos restantes países de tradição conservadora-corporativa, apresenta um modelo de desenvolvimento que acentuou até tarde importância do papel da família enquanto unidade económica por excelência. Por esse motivo, tem vindo a conceder à família a esfera privilegiada de prestação de cuidados, surgindo o Estado com um papel, mais do que regulador, financiador em regime complementar. Segundo esta lógica de actuação, à família, o Estado atribui um conjunto de obrigações e responsabilidades mas, também de solidariedades, as quais este crê serem suficientemente vigorosas para se debaterem com as novas realidades que caracterizam a sociedade portuguesa tais como os novos indicadores demográficos – abrandamento do crescimento efectivo da população e aprofundamento do envelhecimento demográfico; ainda os novos padrões de fecundidade, conjugalidade e divorcialidade (com evidentes efeitos nas dinâmicas e configurações familiares); mas, igualmente no que toca à feminização do mercado laboral e ao recuo das lógicas de funcionamento de base rurais com a progressiva urbanização.

A gradual consciencialização para esta nova realidade fomentou um debate recentemente emergente sobre a questão da prestação de cuidados de saúde e de apoios na velhice, a qual despoletou com mais incidência nos últimos anos um leque de diversificadas reformas no domínio do apoio a idosos dependentes. Verdadeiramente, desde a sua fundação, o Estado de bem-estar português se apresenta como profundamente dualista e assistencialista, Na medida em que assenta a sua actuação na base de transferências monetárias, grosso modo, orientadas para as pensões dos idosos. Verdadeiramente, estas transferências têm repercussões directas na ampliação dos gastos públicos e nas despesas com as pensões de velhice. Todavia, importa, paulatinamente, assinalar que maioritariamente estamos a falar de pensões de baixo valor o que tem agravado a situação, por si só de fragilidade dos idosos portugueses, já que a

somar à progressiva fragilidade física, psicológica e social que comumente caracteriza a fase final do ciclo de vida, também a fragilidade económica decorrente da saída do mercado de trabalho poderá despontar nesta etapa. Com elevados níveis de pobreza os idosos assistiram a algumas reformas que tinham como objectivo principal não só a optimização de respostas e alternativas conducentes com as suas necessidades mas, também, pretendiam suavizar a situação financeira profundamente precária em que se encontravam, por via nomeadamente do Complemento Solidário para Idosos.

Face a uma intervenção pública pouco consistente e com pensões pouco robustas, particularmente as Igreja e associações mutualistas, desde a origem do Estado-Providência Português, têm vindo a desempenhar um papel crucial enquanto efectivo agente de prestação de apoio e assistência a indivíduos que se encontrem numa situação de fragilidade. No caso específico dos idosos que carecem de apoio esta tem sido, aliás, uma solução virtuosa, já que estamos a falar de sectores maioritariamente não lucrativos cuja intervenção vai no sentido de assegurar que os mínimos.

Por outro lado, importa elucidar que, em Portugal, não existe propriamente o reconhecimento do papel do cuidador de idosos dependentes, no sentido em que, no que respeita à prestação pecuniária prevista para os pensionistas que, por se encontrarem numa situação de dependência necessitam de ajuda e apoio regularmente, a titularidade desse benefício recai não na pessoa que assume a responsabilidade pelo cuidado mas, sim, na pessoa dependente. Este facto, assume um carácter exemplificativo do que, no domínio da organização dos cuidados orientados para a terceira idade tem sido implementado e, sobretudo, a lógica que se lhe subjaz. Verdadeiramente, no caso concreto da medida supra mencionada, esta reflecte na perfeição o carácter subversivo com se pode apresentar uma hipotética solução fornecida pelas entidades públicas para um idoso que, necessitando de satisfazer as suas necessidades básicas quotidianas e manter uma qualidade de vida satisfatória, se depara com um montante mensal profundamente irrisório, face às carências que este apresenta. De facto, as estruturas institucionais continuam a perpetuar o seu trabalho, no domínio dos cuidados na velhice, tendo como matriz orientadora um repositório de princípios familialistas que concorrem para legitimar uma matriz de valores e normas sociais que tendem efectivamente a legitimar que a tónica seja colocada nas famílias.

Intrinsecamente ligado a esta questão está o campo da gestão das escolhas e, paulatinamente, das expectativas que socialmente se criam, as quais, irrevogavelmente criam oportunidades mas também despoletam constrangimentos. Objectivamente, no momento da selecção da estratégia mais adequada para a situação que o idoso dependente enfrenta,

decisivos factores são colocados em cima da mesa, tais como o nível de rendimento que o mesmo auferir, as soluções formais existentes, designadamente a institucionalização mas, identicamente, o grau de disponibilidade de um cuidador natural para prestar a assistência necessária, a própria dinâmica e fortaleza das solidariedades familiares, mas também, o desejo individual do idoso, ligado às preferências e expectativas que este nutre, as quais exercem uma significância relevante.

Não obstante, note-se que as famílias alteraram as suas configurações e com isso novas dinâmicas se geraram, não sendo ainda assim tão evidente a crise da família por alguns autores advogada, já que, ao longo do tempo, a família foi capaz de se adaptar aos novos contextos, assumindo novas funções e papéis.

De facto, é, hoje atribuído à família um conjunto vasto de funções reconhecidas socialmente, nomeadamente de socialização, reprodução, económica, afectiva e de saúde e, igualmente, de cuidadora, não somente de crianças mas, identicamente, de idosos. Assim, não é possível, na actualidade, descartar a preponderância que a família assume contemporaneamente na prestação de cuidados informais aos idosos, apesar desta apresentar características distintas daquelas que a descreviam outrora. Este facto permite defender a ideia de que existem princípios familialistas que têm orientado a conduta das famílias já que estas continuam a manifestar uma participação activa no cuidado que prestam aos seus idosos, a qual parece estar ancorada em laços afectivos motivados por momentos emotivos e de carinho que contrariam a ruptura dos principais traços da família e lhe conferem uma importância distintiva no domínio das solidariedade e trocas que nela se estabelecem.

Pese embora esse facto, importa realçar que dentro da célula familiar a prestação dos cuidados não é assumida de idêntica forma entre homens e mulheres no que toca, fundamentalmente ao número de horas e intensidade dedicada para o efeito. Na verdade, é, por excelência, a mulher quem assume as responsabilidades e obrigações inerentes ao cuidado, o que permite falar mais do que no familialismo, manifesto na providência primária assumida pelas famílias no que toca aos apoios e assistência necessários na velhice, num evidente mulherismo, pelo assumir esmagador do género feminino desses mesmos cuidados. Trata-se, uma vez mais, de uma questão de género evidentemente, mas que está profundamente interligado à concepção do masculino e do feminino na sociedade portuguesa e, claro, aos papéis que têm sido tradicionalmente atribuídos a cada um deles e para os quais têm sido socializados.

Não obstante, para além das evidentes mutações sócio-demográficas vivenciadas, como dito, as sociedades deparam-se com um problema de falência dos tradicionais

instrumentos de resposta, necessários para dar conta da crescente pressão na procura de cuidados por parte dos idosos. De facto, esta é uma tendência que se agrava não apenas pelas reconfigurações das dinâmicas familiares mas, identicamente, pelas transformações registadas no mercado de trabalho que não estão confinadas a uma questão de género, isto é, ao aumento exponencial da participação feminina no mercado laboral, procurando obter igual reconhecimento profissional do que o homem e construir uma carreira profissional pessoal, mas que também se relacionam com a recentemente debatida precarização e flexibilização dos horários de trabalho, as quais implicam uma reavaliação e, sobretudo, reorganização das solidariedades familiares pelos seus impactos evidentes na gestão da mesma.

Por conseguinte, mais uma vez estas transformações da sociedade portuguesa, contemporaneamente, permitem melhor compreender a importância de averiguar e mais, do que isso, sinalizar potenciais desencontros entre a forma como as políticas sociais são desenhadas e o conjunto de normas, valores e expectativas que dadas estas recentes dinâmicas naturalmente possam surgir. No domínio das normas e valores sociais, aliás, evidencia-se necessário distinguir dois níveis diferentes de apreensão destes valores e normas: aquele que tende a espelhar a apropriação que socialmente foi feita a propósito de uma situação concreta que ao reflectir os discursos colectivos se configura na desejabilidade social e, um segundo nível, que, perante um cenário hipotético, envolve uma avaliação entre as preferências individuais, já que implica um envolvimento pessoal, e o conjunto de normas e valores, no sentido de avaliar o conjunto de constrangimentos e benefícios que se poderão obter.

Esta dimensão evidencia-se particularmente importante para investigar a lógica inerente à dinâmica familiar, no que toca ao conjunto de racionalizações que esta desemboca para avaliar uma situação de necessidade de prestação de cuidados, e portanto, permite dar conta das oportunidades que a revestem. Por outro lado, não é possível negligenciar, para além das oportunidades, o carácter limitativo que estas poderão exprimir, interessando-nos particularmente atender ao familialismo como princípio orientador de uma conduta e de uma acção que assenta na disponibilidade dessas famílias, as quais, no quadro das novas realidades sugerem uma resistência a este tipo de solução de provisionamento de bem-estar.

Por conseguinte, este novo contexto sócio-demográfico permite sustentar a própria necessidade de atender à questão da prestação de cuidados e, para além disso, interrogar com autenticidade se, efectivamente, os tradicionais mecanismos de apoio a idosos continuam ou não a dar sinais de vitalidade. Deveras, confrontando o lugar do prestador de cuidados informais no campo dos valores com o lugar que lhe é exigido no plano dos instrumentos de política social, o que queremos concretamente perceber é qual a própria sustentabilidade do

familialismo, aqui entendido enquanto princípio de concepção e organização das intervenções formais, verificando se a relação que entre estes dois pólos se estabelece é de perfeito encaixe ou se se trata de uma relação em constante tensão.

Diante desta questão de partida outras se levantaram com igual pertinência, tais como:

1. Qual o grau de orientação familialista dos diferentes regimes de bem-estar no quadro da concepção e organização dos cuidados na terceira idade?
2. Como se apresenta organizada, em Portugal, a assistência aos idosos, no que toca às responsabilidades, obrigações e solidariedades?
3. Qual o lugar que os cuidadores informais ocupam no plano geral de organização da prestação de cuidados a idosos dependentes em Portugal?
4. Quais as preferências, percepções e disponibilidades demonstradas pelos portugueses no domínio do cuidado a idosos?

No presente, são irrevogáveis os crescentes desafios que se colocam aos Estados nacionais no domínio da gestão da assistência para os idosos que dela necessitam. Contudo, a pertinência das questões acima elevadas reside não apenas na necessidade de perceber o presente mas, concomitantemente, na imprescindibilidade de apurar, num plano prospectivo, designadamente a disponibilidade que as pessoas manifestam para virem a ser cuidadoras. No passado, o familialismo fora importante para responder às necessidades de apoio da população idosos, apresentando-se como uma solução importante no provisionamento de bem-estar e assistência. Porém, com a diluição da orgânica que tradicionalmente servia às pessoas para satisfazerem essas necessidade de assistência e, face a novos imperativos ligados a uma nova ordem social cuja mutação são o reflexo do processo de modernidade por que tem atravessado a sociedade portuguesa, importa questionar a pertinência do familialismo neste novo quadro político e social. Será esta uma solução de bem-estar suficientemente vigorosa e adequada face a uma realidade substancialmente diferente daquela que serviu de mote para este mesmo familialismo?

Assim, de forma a encontrar respostas para as questões levantadas, afigurou-se indispensável detectar a lógica inerente à forma de organização das políticas sociais, em geral, no sentido de perceber, de seguida, as referentes à terceira idade. Para o efeito, fora necessário incidir a atenção na emergência e consolidação do Estado-Providência Português, desde a sua fundação, atendendo principalmente às suas características e especificidades, impossíveis de realçar, sem que para tal deixássemos de considerar, numa perspectiva comparativa, os diferentes modelos de bem-estar inscritos no denominado modelo social

européu. De facto, desde a sua génese, a previdência em Portugal, esteve sempre muito centrada nas pensões de reforma por velhice negligenciando, por isso, outros domínios igualmente importantes, como a referente à assistência e apoio dos idosos. Efectivamente ao assumir a família (dimensão informal) como primeira entidade responsável pela prestação dos cuidados, durante muito tempo a figura do cuidador permaneceu sem o reconhecimento que lhe era devido.

A inauguração recente do debate em torno da prestação de cuidados foi impulsionada, nomeadamente, com o aumento da pressão dos idosos que necessitam de respostas e soluções viáveis, as quais não raras vezes acabam por ser boicotadas pelos baixos valores das pensões que estes auferem. Assim, para além de atentarmos à fundação do Estado-Providência Português, fora igualmente necessário tratar as políticas sociais orientadas para a terceira idade, procurando, desta forma, perceber o lugar e enquadramento político-institucional atribuído cuidador informal. De facto, a virtualidade desta análise é tanto maior quanto mais consideremos o conjunto de reformas, recentemente levadas a cabo neste domínio, no sentido de perceber se existe por parte do Estado, um esforço de adequação às novas tendências de modernização por que o país atravessa ou, pelo contrário, persiste uma tentativa de perpetuação do papel do Estado como subsidiário e complementar ao da família, por ele assumida como legalmente detentora das responsabilidades e obrigações inerentes ao cuidado.

Na verdade, a maioria das reformas levadas a cabo, sensivelmente na última década, procuraram reproduzir uma matriz de princípios e valores há já muitos anos inaugurada, a qual tende a atribuir legitimidade ao familialismo enquanto solução, por excelência, de provisão de bem-estar e assistência para os idosos. Assim, com o intuito de colmatar algumas debilidades e otimizar respostas, algumas das reformas no domínio do envelhecimento emergiram juntamente com a necessidade de otimizar respostas e recursos, nomeadamente económicos, procurando integrar e articular respostas, e, com isso, diminuir os desperdícios gerados pelo próprio sistema, como foi o caso da REDE.

Neste quadro, desde logo, se verificou inevitável proceder a uma contextualização demográfica do caso português, tendo naturalmente como pano de fundo o contexto europeu, no que respeita às transformações que neste domínio se têm patenteado. Seguindo, aliás, esta lógica procurámos atentar não apenas aos indicadores sócio-demográficos que caracterizam a sociedade portuguesa na actualidade, como os referentes ao envelhecimento demográfico mas, também, a um conjunto de outras tendências igualmente importantes que permitem melhor compreender, designadamente, a nova dinâmica e estrutura da família. De resto, a família, nos últimos decénios, tem protagonizado um leque de reconfigurações, as quais,

juntamente com as alterações no mercado laboral, produzem efeitos relevantes no domínio da prestação de cuidados a idosos dependentes desse mesmo apoio.

2.O MÉTODO DE PESQUISA

Em contexto de investigação, a selecção e desenho do plano metodológico da mesma, implica necessariamente a ponderação de opções e a realização de escolhas. Neste prisma, foram necessariamente comedidos alguns aspectos que se relacionam, nomeadamente com os recursos, materiais e temporais, da pesquisa, os objectivos que a norteiam bem como as próprias características do objecto de estudo. Não obstante, será certamente o tipo de conhecimento que pretendemos obter que determinará a própria metodologia da investigação a adoptar. Neste âmbito, é sobretudo importante não desprezar as diferenças existentes a nível epistemológico entre a abordagem quantitativa e a qualitativa, no sentido de perceber quais as potencialidades e os limites que poderão emergir aquando da explicação/compreensão do objecto de estudo. Assim, a pesquisa social emerge como *“(...) um processo no qual se vinculam distintos níveis de abstracção, se cumprem certos princípios metodológicos e se executam diversos processos específicos articulados de maneira lógica, com base em teorias, métodos, técnicas e instrumentos adequados e precisos para chegar a um conhecimento objectivo – isto é, verdadeiro – sobre determinados fenómenos sociais”* (Soriano, 2004, p.20)

Por conseguinte, tendo patente o conjunto de reflexões supra citadas importa esclarecer que, em função das exigências do próprio tema bem como as características que qualificam o objecto de estudo e aos objectivos que norteiam esta investigação, desde logo, se impõe como relevante adoptarmos, como estratégia metodológica, uma abordagem eminentemente quantitativa, utilizando a análise secundária de dados, de forma a potenciar uma leitura integrante do fenómeno. Do mesmo modo, recorrer-se-á à perspectiva de análise sistémica, procurando integrar a pluridimensionalidade do fenómeno alvo do estudo.

Verdadeiramente, inúmeras investigações poderiam ser delineadas sobre a temática da prestação de cuidados informais e, concretamente, sobre o cuidador, na medida em que este tem vindo a impulsionar um leque de desafios para os quais urgem respostas passíveis de serem ajustadas às necessidades que estes revelam. Ainda assim, importa não esquecer que é objectivo desta investigação efectuar uma análise dos sistemas de políticas sociais ligadas à terceira idade, a qual permitirá alcançar alguns sustentáculos para debater o lugar do cuidador informal e a forma como este é perspectivado pelo sistema por que este se rege. Procura-se, portanto, criar ligações entre tendências de fundo ligadas ao aparelho de Estado português, no

que concerne à lógica de organização dos cuidados para a terceira idade, com tendências de fundo ligadas ao campo de possibilidade e de escolhas dos potenciais prestadores de cuidados portugueses, no sentido de perceber se este enquadramento político-institucional tem vindo a potenciar a manutenção dos equilíbrios tradicionais da sociedade ou se, pelo contrário, tem dado contribuições para a emergência e fortalecimento de tensões outrora inexistentes.

Desta forma, necessariamente, impera a indispensabilidade de fazer uso de uma abordagem de cariz extensivo, procurando assim identificar tendências e padrões de explicação para o fenómeno que se pretende estudar. Por conseguinte, fazendo uso dum registo extensivo serão privilegiadas as análises descritivas as quais serão sempre acompanhadas por um esforço orientado para desmontar os sentidos das regularidades, isto é, das tendências de fundo identificadas nos dados, numa óptica de interpretação à luz dos quadros teóricos que foram enunciados no capítulo anterior. Objectivamente as este tipo de análises, do foro descritivo, surgem como fulcrais na medida em que nos vão permitir ir mais longe nesta pesquisa e, num momento final, desenvolver algumas sínteses multivariadas que permitam, com fundamento, confrontar com os dados empíricos o esquema analítico geral enunciado.

A temática da prestação de cuidados, centrada no cuidador informal, caracteriza-se por uma multiplicidade de dimensões, as quais exercem importantes influências na configuração do cuidado e do próprio cuidador, já que o primeiro instiga impactos no segundo, ao nível das redes sociais, do mercado de trabalho, das práticas de lazer, do rendimento e mesmo a nível familiar, no que diz respeito à sua estrutura, papéis e gerações. Neste sentido, mais do que desenvolver uma análise centrada nos efeitos e na experiência individual da prestação dos cuidados, no cuidador, este último será aqui entendido como um actor social, entre outros potenciais, que exercem um determinado papel social, o da prestação de cuidados informais a idosos dependentes. Subjacente a esta selecção, que ressalta a abordagem de cariz extensivo do fenómeno que permite alcançar um conhecimento em extensão do fenómeno, impera uma reflexão profunda sobre as principais características da população em causa.

Não obstante o desejo de ampliar o conhecimento sociológico no que concerne ao leque de políticas sociais no campo do apoio a idosos dependentes que necessitam de cuidados continuados, fomentando-se para o efeito uma análise sistémica do fenómeno que se pretende estudar, foi importante ou, mesmo, determinante reflectirmos sobre a forma como poderia chegar à população e medir o que realmente interessa para a investigação. Com efeito, tratando-se de uma população de difícil acesso, já que não se trata de um grupo que esteja correctamente identificado e sinalizado, por se tratar de um conjunto de cuidados que são

prestados de uma forma informal, maioritariamente em contexto familiar, no acto de selecção das técnicas de recolha de informação e desenho da pesquisa, foi importante ter presente estas considerações, assumindo-se aqui a análise secundária de dados como uma opção viável e exequível,

Verdadeiramente, subjazem duas razões preponderantes para a escolha da análise secundária de dados. A primeira reside na valorização por nós atribuída ao registo extensivo neste trabalho, tendo patente o objecto que nos propusemos estudar. Na verdade, quando está em causa uma avaliação das políticas sociais, tanto na perspectiva dos seus impactos como na perspectiva daquilo que os indivíduos esperam e preferem encontrar, afigura-se fundamental trabalhar com grandes regularidades. Naturalmente que, com isto, não é nossa pretensão desvalorizar o registo qualitativo ou, porventura, a interpretação dos sentidos que os actores atribuem às coisas, contudo, quando está em causa a discussão do desenho e respectivos impactos das políticas sociais, é necessário reconhecer que estas mesmas políticas são desenhadas para grandes populações. Não obstante, é igualmente fundamental que aqui se reconheça que, embora a pesquisa aqui desenvolvida tenha privilegiado o registo quantitativo, não significa isso que este trabalho, num segundo momento, não possa ter algum desenvolvimento num registo qualitativo, evidenciando particularmente interessante aprofundar o conhecimento sobre os sentidos e formas de experienciar e viver o cuidado ao idoso.

A segunda razão relaciona-se com a existência de um manancial de dados disponíveis sobre a temática para tratar cientificamente. Com efeito, é vasta a informação disponível sobre um conjunto alargado de temáticas, de resto, com grande qualidade do ponto de vista da metodologia e procedimentos adoptados, já que esta é devidamente recolhida e gerida por instituições com grande credibilidade no panorama científico. Em boa verdade, a opção pela análise secundária de dados teve, de facto, a ver com especificidades próprias do meu objecto de estudo, mas emerge igualmente como um exercício de aprendizagem, sobretudo, como disse, pela qualidade e quantidade dos dados que estão acessíveis e que permitem desencadear análises estatísticas que em situação de recolha primária dificilmente seriam exequíveis. Trata-se, por isso, de uma forma de rentabilizar um conjunto de informações disponíveis que, de certa forma, os investigadores têm subvalorizado. Por outras palavras, este processo é tanto mais enriquecedor quanto mais considerarmos a potencialidade de dados existentes que subsistem e são produzidos, de uma forma actualizada e sobre os quais recaem, por vezes, poucas atenções e considerações.

Desta feita, a pesquisa incorpora uma vertente de exploração de alguns dados e informações que se encontram em bases de dados, cujo processo de recolha detalhado e uniforme sobre grandes temáticas da actualidade, permite proceder a estudos e, fundamentalmente, a análises comparativas entre diferentes países, nomeadamente no contexto da União Europeia.

Até então, procuramos salientar os motivos que estão na origem da adopção na pesquisa da análise secundária de dados, alguns dos quais se configuram em vantagens significantes. Todavia, não é menos relevante ter presente as limitações subjacente a este tipo de análises os quais se relacionam estreitamente com os desafios de conjugação das variáveis disponíveis e do instrumento de recolha de informação utilizado com aquilo que são as questões da pesquisa. Neste âmbito, importa, desde logo, reconhecer a existência de pontos, que poderão configurar-se em pontos de encontro menos perfeitos mas que motivam uma análise particularmente cuidada à própria validade dos dados e que uma vez feita permite-nos avançar com segurança.

Não seria de todo correcto salientar-se, na explanação da análise secundária de dados, apenas o leque de dados de cariz quantitativo existentes. É, em todo caso, igualmente importante não relegar para segundo plano a importância de efectuar análises e explorações que recaiam, concomitantemente, sobre trabalhos, estudos, investigações e outro tipo de informações sobre o tema. Este tipo de análises não deixam analogamente de se tratar de análise secundária de dados, na medida em que fomentam uma reflexão mais aprofundada no trabalho, já que permitem definir perspectivas e posicionamentos analíticos e justificam, a determinada altura, opções e tomadas de decisão que necessariamente se vão efectuando. De facto, para além de se proceder à exploração e manipulação de um conjunto de dados quantitativos, são identicamente fomentadas outro tipo de análises, como sejam as documentais. Consequentemente, importa esclarecer que a presente investigação contempla dois grupos diferenciais, no que concerne às principais fontes de dados utilizados. A propósito do primeiro grupo importa salientar que este contempla uma pesquisa exploratória e documental, emergindo, por isso, como uma fase fundamental para a formulação da hipótese de partida bem como das questões da própria pesquisa. Necessariamente, o segundo grupo inclui fontes de dados usados no plano empírico, tratando-se, desta forma, de uma fase na qual se buscam respostas para o modelo explicativo construído. Por conseguinte, as fontes deste segundo grupo referem-se, em concreto, a uma vaga de inquéritos do eurobarómetro, seleccionada, dentre outras exploradas. Na verdade, após uma exploração pormenorizada nomeadamente das variáveis e informações disponíveis, entendemos que seria uma opção

válida e pertinente na medida em que este, banco de dados, contém informações relevantes para responder às questões de pesquisa formuladas, permitindo não apenas atentar ao caso português mas, de igual modo, proceder a uma análise comparativa entre os diferentes modelos de bem-estar.

3. DA TEORIA À EMPÍRIA: O EUROBARÓMETRO

Como anteriormente mencionado, a presente investigação, incorpora uma etapa de exploração aprofundada da série de inquéritos do Eurobarómetro. Encetado no início dos anos de 70, o Eurobarómetro enquadrava-se nomeadamente num projecto de monitorização da sensibilização pública e atitudes em relação ao Mercado Comum e de outras instituições das Comunidades Europeias. Efectivamente, consiste num programa patrocinado pela Comissão Europeia com o intuito de proceder a uma análise comparativa entre os diferentes países, em vários momentos temporais, sobre um conjunto de domínios específicos, progressivamente mais vastos.

Neste âmbito foi seleccionada a série intitulada “Eurobarómetro 67,3: Serviços de cuidados de saúde, trabalho não declarado, relações da UE com os países vizinhos, e ajuda ao desenvolvimento, Maio-Junho de 2007”, a qual foi escolhida após uma análise das principais variáveis que contém e a pertinência destas para o desenho da pesquisa e objectivos que a norteiam. Verdadeiramente, trata-se de uma série cujos inquéritos procuram informação para quatro temáticas fundamentais; a saúde, cuidados de longa duração e idosos dependentes; o trabalho não declarado; a relação com a União Europeia, países vizinhos e ajuda ao desenvolvimento e, por últimos, questões relativas à moedas de euro.

Neste quadro, para o desenho da pesquisa importa atender à primeira temática considerada no inquérito⁵⁴, a qual incorpora uma avaliação do estado de saúde e expectativa de vida do entrevistado bem como do seu grau de participação nas actividades de vida diária. Com idêntica importância estão expressas um conjunto de questões relativas à experiência com os serviços de cuidados de saúde, considerando-se, neste âmbito, a dimensão da qualidade, acesso e preço dos mesmos, no sentido de perceber quais os problemas de acesso àqueles serviços. Concomitantemente, os inquiridos reflectiram sobre a questão dos cuidados a pessoas idosas, nomeadamente no que diz respeito ao planeamento da prestação dos cuidados a longo prazo e os custos inerentes a esta questão. Para além destes domínios é

⁵⁴ No anexo X é possível obter informações adicionais relativamente ao inquérito original.

considerado, neste processo de prestação de cuidados, a importância do Estado no provisionamento de actividades e de um conjunto de outros serviços, técnicos e profissionais, para o idoso, no sentido de amenizar os encargos do prestador principal e possibilitar que este último descanse. Por último, são considerados algumas variáveis relativas aos riscos de saúde do inquirido, procurando-se avaliar, até que ponto, estes indicadores estão relacionados ou não com a prestação dos cuidados a idosos dependentes.

Neste prisma, considerámos estar perante um banco de dados suficientemente robusto, do ponto de vista da quantidade e qualidade da informação disponível. Efectivamente são inúmeros os domínios que estes inquéritos contemplam no âmbito da prestação de cuidados a longo prazo, contudo, face ao que nos propusemos, foi efectuada uma selecção das variáveis que permitissem dar conta da dimensão normativa inerente ao cuidado ao idoso mas, concomitantemente, às percepções, preferências e expectativas demonstradas pelos inquiridos relacionados com esse mesmo cuidado, dando conta, desta forma, da desejabilidade social e da desejabilidade individual⁵⁵.

Por conseguinte, foram inquiridos 28.660 cidadãos de 25 países da União Europeia, após o alargamento de 2004, bem como cidadãos da Bulgária, Roménia, Croácia e Turquia (candidatos à adesão). Todos os cidadãos residiam na União Europeia e detinham uma idade igual ou superior a 15 anos.⁵⁶

⁵⁵ Consultar a este propósito o anexo XI, o qual contempla, indicações importantes relativamente aos procedimentos amostrais adoptados, ao processo de recolha de dados e inquirição bem como uma listagem das variáveis utilizadas nesta pesquisa, após o rastreio inicial efectuado.

⁵⁶ Os países incorporados nesta onda de inquéritos do eurobarómetro e respectivo número de entrevistas efectivas realizadas estão patentes no anexo XII.

CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Introdução

Em termos gerais, os capítulos precedentes permitiram apreender a lógica inerente ao plano de organização das políticas sociais destinadas ao apoio dos idosos em Portugal. Neste âmbito, percepciona-se um leque de princípios e factores que concorrem para uma matriz de valores/normas que tende a legitimar o papel da família, nomeadamente ao nível da assistência aos idosos, quer ao nível da definição de responsabilidades, de obrigações mas, também, de solidariedades. Saliente-se, porém, que a tónica não é colocada sempre no mesmo agente, diferindo substancialmente entre os diferentes modelos de Estado.⁵⁷

Ora, em Portugal, como de resto à medida dos restantes países de tradição conservadora-corporativa, o modelo de desenvolvimento sócio-económico acentuou até tarde a importância do papel da família enquanto unidade económica, por excelência. Este facto, promoveu reflexos evidentes no plano institucional, em geral, e nas políticas sociais, em concreto, estas últimas legitimadoras do princípio familialista. Note-se, porém, que, impulsionados pelas reconfigurações da sociedade portuguesa, os papéis e funções da família transformaram-se e com isso uma nova dinâmica se gerou, questionando-se, por estes motivos a disponibilidade e recursos que esta demonstra, na actualidade, para assumir as responsabilidade e obrigações que lhe são atribuídas pelo Estado. Aliás, *“esta transformação é acompanhada por uma profunda reorganização dos laços entre gerações, projectando-os em toda a comunidade nacional.”* a qual, de resto, influencia de uma forma proeminente os valores que norteiam as acções e atitudes dos indivíduos em sociedade (Mendes, 2005, p.52).

Por conseguinte, o presente capítulo visa apurar de que forma os indivíduos (cuidadores ou potenciais cuidadores) percepcionam o lugar que o modelo de organização geral dos cuidados para idosos dependentes lhe confere. Efectivamente, percebida a forma como são concebidas e organizadas as políticas sociais e respostas orientadas para a terceira idade, importa, neste momento, compreender o que acham, esperam e preferem estes indivíduos, procurando essencialmente confrontar o conjunto de orientações colectivas partilhadas (como sejam os valores) e o desejo individual, isto é, aquilo que o indivíduo declara preferir quando lhe é pedido que pense na sua situação em concreto.

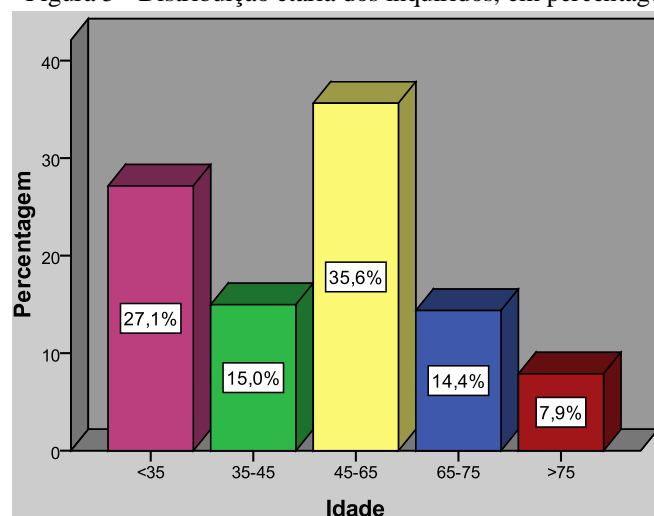
⁵⁷ Em termos político-institucionais a tónica poderá igualmente ser colocada no indivíduo, como acontece no modelo neoliberal, ou mesmo no colectivo, isto é, na sociedade.

Neste quadro, a discussão que se segue, elaborada com base no banco de dados do Eurobarómetro (série 67.3, de 2007) visa articular dois níveis de análise: a dimensão normativa inerente à forma de organização dos cuidados “ (...) *que tende a reflectir os discursos colectivos e a desejabilidade social*” (Lopes, 2006, p.232) e, concomitantemente, a dimensão subjectiva, tendencialmente reveladora da desejabilidade individual, por via da expressão de preferências e expectativas.

1. Breve caracterização da amostra

Do universo de 28660 cidadãos inquiridos nesta vaga do eurobarómetro, 1002 indivíduos constituem a amostra representativa de Portugal, com uma expressão de 3,5% na amostra total⁵⁸. À semelhança do que se verifica nos restantes países, em Portugal, o volume de inquiridos do género feminino é superior face ao masculino, em cerca de 10%⁵⁹. Ainda assim, importa, neste âmbito, focar a atenção na figura 5, na medida em que este atende à distribuição etária dos indivíduos, a qual nos permite aprofundar o conhecimento sobre as principais características dos entrevistados. De facto, dos 1002 inquiridos, cerca de 78% situam-se na categoria não idosos, na medida em que não detém mais de 65 anos; os restantes 22% reflectem, portanto, a percentagem de inquiridos idosos, sendo porém necessário efectuar uma destrição entre os idosos jovens (idosos que se situam entre 65 e 75 anos), que compõem aproximadamente 14% da amostra, e os idosos velhos (idosos com mais de 75 anos), estes últimos com menor expressão na medida em que são apenas 79 indivíduos.

Figura 5 - Distribuição etária dos inquiridos, em percentagem



⁵⁸ Consultar anexo XIII.

⁵⁹ Consultar anexo XIV.

De salientar a importância de considerar e, sobretudo, destacar nesta fase da análise, o intervalo etário que se situa entre os 45 e os 65 anos de idade, já que poderemos, estar a falar de indivíduos cuidadores ou potencialmente cuidadores de idosos dependentes, visto que os seus pais terão aproximadamente, entre 65 e os 85 anos ou mais, idades cuja necessidade de apoio e cuidados é mais incidente, pela progressiva debilidade física e mental com que os idosos se vão deparando na última fase do ciclo de vida, os quais conduzem a uma perda gradual da sua autonomia e independência.

2. ANÁLISE DAS ORIENTAÇÕES COLECTIVAS – NORMAS/VALORES

Em Portugal, no domínio da protecção na terceira idade, ocorreram profundas alterações ao nível da solidariedade formal, no que respeita às políticas de intervenção destinadas aos idosos dependentes de ajuda regular e, por outro lado, da solidariedade familiar, que assume contemporaneamente contornos distintos, designadamente no que toca à alteração dos padrões das relações que tradicionalmente a caracterizavam. Neste âmbito, mais evidente se configura a necessidade de atender ao conjunto de orientações colectivas sobre a organização dos cuidados para as pessoas idosas, no sentido de, posteriormente, apurar se são conducentes com o princípio familialista em que assenta o sistema.

Não obstante, como discutido anteriormente, os diferentes países potenciaram a edificação de sistemas de protecção para a terceira idade distintos entre si, os quais se materializaram na disponibilização de apoios e respostas igualmente díspares para os seus cidadãos. Por conseguinte, a tabela que se segue visa dar conta do conjunto de orientações destes cidadãos no que respeita a um leque de dimensões relativas à organização do cuidado. A questão foi colocada no formato de afirmação em relação à qual é pedido o grau de concordância.

Tabela 2 – Grau médio de concordância dos inquiridos em relação a diferentes dimensões do cuidado

GRAU MÉDIO DE CONCORDÂNCIA DOS INQUIRIDOS FACE A DIFERENTES DIMENSÕES DO CUIDADO (1 – DISCORDA TOTALMENTE; 2 – TENDE A DISCORDAR; 3 – TENDE A CONCORDAR; 4 – CONCORDA TOTALMENTE)				
DIMENSÃO	PAÍS	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	N
FAMÍLIA CUIDA “Os cuidados deveriam ser fornecidos por membros da família próximos da pessoa dependentes, ainda que, até certo ponto, tenham que sacrificar a	<i>Portugal</i>	2,39	0,93	965
	<i>Itália</i>	2,45	0,89	955
	<i>Espanha</i>	2,35	1,00	936
	<i>Alemanha</i> <i>(Oeste)</i>	2,15	0,96	967
	<i>Grã-Bretanha</i>	2,01	0,94	947

sua carreira profissional”	<i>Suécia</i>	1,32	0,66	994
	<i>Dinamarca</i>	1,69	0,86	981
FILHOS PAGAM “Os filhos deveriam pagar os cuidados dos seus pais se os rendimentos dos seus pais não forem suficientes”	<i>Portugal</i>	2,57	0,86	959
	<i>Itália</i>	2,83	0,85	972
	<i>Espanha</i>	3,00	0,96	954
	<i>Alemanha (Oeste)</i>	2,13	1,00	979
	<i>Grã-Bretanha</i>	1,82	0,92	956
	<i>Suécia</i>	1,45	0,77	994
	<i>Dinamarca</i>	1,47	0,81	984
SISTEMA DE SEGURO DE SAÚDE “Deveria ser obrigatório para cada indivíduo contribuir para um sistema de seguro de saúde que financie os cuidados se, e quando, for necessário”	<i>Portugal</i>	2,53	0,92	939
	<i>Itália</i>	2,50	0,92	934
	<i>Espanha</i>	2,90	0,95	892
	<i>Alemanha (Oeste)</i>	3,36	0,87	979
	<i>Grã-Bretanha</i>	2,77	1,02	928
	<i>Suécia</i>	2,61	1,17	980
	<i>Dinamarca</i>	2,21	1,10	978
VENDA DE BENS “Se uma pessoa fica dependente e não pode pagar os seus cuidados com os seus próprios rendimentos, o seu apartamento ou a sua casa deveria ser vendido ou hipoteca para pagar os cuidados”	<i>Portugal</i>	1,82	0,99	952
	<i>Itália</i>	1,81	0,95	966
	<i>Espanha</i>	2,10	1,09	913
	<i>Alemanha (Oeste)</i>	2,03	1,07	964
	<i>Grã-Bretanha</i>	1,65	0,89	964
	<i>Suécia</i>	1,55	0,81	983
	<i>Dinamarca</i>	1,73	0,94	974
SERVIÇO DOMICILIÁRIO “As autoridades públicas deveriam fornecer uma ajuda adequada ao domicílio e/ou numa instituição de saúde para as pessoas idosas que têm necessidades”	<i>Portugal</i>	3,41	0,67	985
	<i>Itália</i>	3,43	0,68	990
	<i>Espanha</i>	3,69	0,53	992
	<i>Alemanha (Oeste)</i>	3,53	0,72	988
	<i>Grã-Bretanha</i>	3,66	0,57	981
	<i>Suécia</i>	3,79	0,48	991
	<i>Dinamarca</i>	3,82	0,49	994
ESTADO PAGA A CUIDADOR “O estado deveria pagar um rendimento àqueles que tiveram que se demitir do seu trabalho ou reduzir o seu tempo de trabalho para ocupar-se de uma pessoa dependente”	<i>Portugal</i>	3,41	0,68	990
	<i>Itália</i>	3,23	0,74	966
	<i>Espanha</i>	3,63	0,63	991
	<i>Alemanha (Oeste)</i>	3,43	0,76	982
	<i>Grã-Bretanha</i>	3,59	0,65	972
	<i>Suécia</i>	3,39	0,90	986
	<i>Dinamarca</i>	3,52	0,78	993
ESTADO PAGA PROFISSIONAIS “Ocasionalmente, o Estado deveria pagar a profissionais de cuidados de saúde de forma a que os seus membros da família que	<i>Portugal</i>	3,36	0,65	989
	<i>Itália</i>	3,22	0,72	980
	<i>Espanha</i>	3,61	0,59	981
	<i>Alemanha (Oeste)</i>	3,62	0,63	989

se ocupam das pessoas dependentes pudessem descansar”	<i>Grã-Bretanha</i>	3,72	0,55	986
	<i>Suécia</i>	3,67	0,59	992
	<i>Dinamarca</i>	3,65	0,62	987

Com efeito, os dados apresentados na tabela 2, referentes a diferentes dimensões da organização dos cuidados, permitem destacar uma orientação pró-estatização reclamada pelos cidadãos de diferentes países⁶⁰. Verdadeiramente, esta orientação normativa reflecte, em larga medida, uma genérica concordância para que o cuidado seja assegurado ao nível da solidariedade formal, quer por via da disponibilização do serviço domiciliário como defendem os cidadãos de Portugal, Itália, Espanha, Suécia e Dinamarca, ou mesmo através da garantia, ainda que de forma ocasional, de profissionais de cuidados de saúde para assegurar a assistência normalmente fornecida pela família, para que esta descanse. Trata-se, aliás, de domínios onde existe, de facto, uma menor variabilidade em relação à própria média, o que traduz uma maior homogeneidade dentro dos espaços nacionais, já que não existe uma dispersão significativa de opiniões. Não se trata, porém, de uma homogeneização surpreendente, já que esta traduz, de certa forma, o reconhecimento de um compromisso, o qual tende a traduzir a partilha de valores comuns entre os diferentes Estados que engendram o denominado modelo social europeu.

Ainda assim, quando esta análise se foca no grau médio de discordância, os inquiridos destes países tendem a demonstrar um desagrado consensual face a um cenário de venda de bens próprios no sentido de fazer face ao pagamento dos seus cuidados. Somente os países nórdicos considerados, isto é, a Suécia e Dinamarca, declaram discordar face à atribuição da responsabilidade do cuidado à família ou mesmo ao pagamento destes cuidados por parte dos filhos, respectivamente. Efectivamente, predomina, nos países que perfilam o modelo social-democrata, a defesa de um Estado eminentemente descentralizado, cujo intuito prioritário será a activação de políticas eminentemente redistributivas e igualitárias, já que o princípio de acesso a estas medidas assenta na universalidade e cidadania. Neste prisma, em termos normativos, os cidadãos destes países denotam de facto duas tendências assinaláveis: uma orientação pró-estatista, nas dimensões do cuidado consideradas e uma desvinculação da atribuição da responsabilidade pelo cuidado à família. Esta tendência é particularmente notória nestes dois países escandinavos não apenas pelos baixos valores da média de

⁶⁰ Uma vez que esta análise procura fundamentalmente apurar diferenças entre países que perfilam distintos modelos de Estado de bem-estar, optou-se por seleccionar para efeitos de comparação os seguintes países: Portugal, Itália, Espanha, Alemanha (Oeste), Grã-Bretanha, Suécia e Dinamarca.

concordância mas, igualmente, por apresentarem uma menor dispersão de opiniões face aos restantes países.

Importa sublinhar que esta manifestação partilhada entre todos os países para que seja o Estado, a diferentes níveis, a assegurar o cuidado não é, de todo, incompatível com o princípio familialista. Assim, no sentido de refinar esta análise, considerando-se as mesmas dimensões do cuidado anteriormente indicadas, a tabela 3 ilustra a orientação familialista de cada país, a qual permitirá compreender com mais exactidão algumas particularidades que estes apresentam.

Tabela 3 – Atitude familialista, em percentagem, por país

ORIENTAÇÃO FAMILIALISTA			
DIMENSÃO	PAÍS	ATTITUDE FAMILIALISTA* (%)	N
ORIENTAÇÃO FAMILIALISTA	<i>Portugal</i>	66	889
	<i>Itália</i>	58	890
	<i>Espanha</i>	68	855
	<i>Alemanha (Oeste)</i>	60	912
	<i>Grã-Bretanha</i>	50	870
	<i>Suécia</i>	16	966
	<i>Dinamarca</i>	23	946

* Contingente de indivíduos que atribuem à família a responsabilidade pela prestação de cuidados e/ou pelo pagamento dos mesmos

Os dados patentes na tabela 3 permitem, por um lado, confirmar a menor orientação familialista dos países que fazem parte do modelo social-democrata, ou seja, a Suécia e a Dinamarca⁶¹ e, por outro lado, a expressiva orientação familialista de Portugal e Espanha, países que fazem parte do modelo corporativo-conservador, que elege a família como principal entidade de prestação do cuidado.

Por conseguinte, particularmente o caso português, permite ilustrar um país cuja orientação pró-estatista não se apresenta desvinculada da orientação familialista que patenteia. Trata-se, por isso, de um país cuja atenção deverá incidir mais incisivamente, no sentido de dar conta de outras dimensões, potencialmente explicativas deste fenómeno.

Em concreto, no caso de Portugal, parece existir uma tendência dominante para considerar que, efectivamente, face a uma situação de necessidade de ajuda regular dos pais os inquiridos acharem que estes deveriam, como primeira opção, ir viver com um dos seus

⁶¹ No que se refere a estes países é, ainda, possível mencionar que comparativamente aos restantes países estudados, estes apresentam a menor dispersão de opiniões em termos nacionais, na medida em que registaram uma menor variabilidade em relação à própria média, isto é, 0,37 e 0,47 respectivamente.

filhos (43%), ou, como segunda opção, um dos seus filhos deveria, de uma forma regular, prestar todos os cuidados necessários (36%)⁶². Verdadeiramente, parece igualmente clara a presença de um desejo partilhado para que seja a família a assumir o cuidado, o que indica que apesar das mutações que a têm pautado na contemporaneidade, *“As trocas intergeracionais continuam a ser um aspecto primordial das relações familiares nas sociedades modernas”* (Fernandes, 2008, p.86).

Ainda assim, quando convocados para revelar o seu grau de concordância sobre um leque de afirmações ligadas ao cuidado, conforme a tabela 4, apenas cerca de 12% dos inquiridos concorda totalmente que, face a uma situação de insuficiência de rendimentos dos seus pais, devem ser os filhos a assumir a responsabilidade pelo pagamento dos cuidados.

Tabela 4 – Grau de concordância dos inquiridos face à responsabilização dos filhos pelo pagamento dos cuidados dos pais, na ausência, por parte destes últimos de rendimentos suficientes

PAÍS	GRAU DE CONCORDÂNCIA	PERCENTAGEM	PERCENTAGEM CUMULATIVA
PORTUGAL	Concorda Totalmente	11,9	11,9
	Tende a Concordar	42,3	54,2
	Tende a Discordar	29,7	83,9
	Discorda Totalmente	11,8	95,7
	NS/NR	4,3	100,0
	Total	100,0	

Porém, evidencia-se do mesmo modo clara a tendência dominante para estes indivíduos concordarem totalmente ou tenderem a concordar que cabe ao Estado a responsabilidade pela atribuição de um rendimento aos cuidadores, particularmente no caso de se verificar a necessidade de estes se demitirem ou, porventura, reduzirem o número de horas laborais em prol do cuidado à pessoa dependente, conforme a tabela 5.

Na sua essência, este posicionamento permite destacar, desde logo, a necessidade demonstrada pelos portugueses pelo reconhecimento formal da figura do cuidador, para o qual se elege um conjunto de deveres que este deverá assegurar e cumprir, estreitamente relacionados com o provisionamento da assistência necessária para a pessoa dependente, mas para o qual importa igualmente garantir benefícios básicos como seja a manutenção de um rendimento pela trabalho que este executa.

⁶² Consultar anexo XV.

Tabela 5 – Grau de concordância dos inquiridos face a um cenário de responsabilização do Estado pela atribuição de um rendimento ao cuidador

PAÍS	GRAU DE CONCORDÂNCIA	PERCENTAGEM	PERCENTAGEM CUMULATIVA
PORTUGAL	Concorda Totalmente	49,4	49,4
	Tende a Concordar	41,7	91,1
	Tende a Discordar	6,1	97,2
	Discorda Totalmente	1,6	98,8
	NS/NR	1,2	100,0
	Total	100,0	

Idêntica percentagem de inquiridos concorda totalmente ou tende a concordar que devem ser as autoridades públicas a fornecer ajuda adequada, quer seja no domicílio, quer seja numa instituição de saúde própria para pessoas idosas com necessidades próprias, conforme nos indica a tabela 6.

Tabela 6 - Grau de concordância dos inquiridos face a um cenário de responsabilização das autoridades públicas pelo fornecimento de ajuda adequada no domicílio ou numa instituição de saúde para os idosos dependentes

PAÍS	GRAU DE CONCORDÂNCIA	PERCENTAGEM	PERCENTAGEM CUMULATIVA
PORTUGAL	Concorda Totalmente	48,9	48,9
	Tende a Concordar	42,1	91,0
	Tende a Discordar	5,8	96,8
	Discorda Totalmente	1,5	98,3
	NS/NR	1,7	100,0
	Total	100,0	

Não obstante as considerações sobre as evidentes metamorfoses ocorridas na família, não é, ainda assim, possível falar de uma eventual perda da sua importância, já que, como temos vindo a analisar, esta assume uma relevância primordial no que toca ao assumir do cuidado ao idoso. Efectivamente, o cuidado ao idoso, parece estar amparado por aquilo a que chamamos solidariedade familiar, sustentada certamente em trocas emotivas e afectivas mas onde se evidenciam naturalmente trocas de entreajuda, domésticas e/ou financeiras.

Ainda assim, o facto de se assumir que aos membros familiares mais próximos deverá recair o cuidado não significa, contudo, que estes indivíduos retirem ao Estado o seu papel de entidade financiadora destes cuidados. Claramente, este facto, deverá ser contemplado no momento de concepção das políticas de apoio para a terceira idade, particularmente no que

toca aos benefícios previstos para os cuidadores destes mesmos idosos, na medida em que muitos deles se defrontam com a perda ou redução do seu rendimento como consequência directa da redução do número de horas de trabalho, total ou parcial. Esta situação implica inevitavelmente o reconhecimento de uma situação de fragilidade económica no seio do agregado familiar, a qual conduz a uma recusa de suporte de encargos financeiros decorrentes do cuidado ao idoso, e a orientação para atribuir ao estado essa função⁶³. Por outro lado, de acordo com o que nos sugere a tabela 7, para além do apelo para o que parece ser uma intervenção mais activa por parte das autoridades públicas, o facto de cerca de 84% dos inquiridos acharem que os idosos que necessitam de apoio regularmente estão demasiadamente dependentes dos seus familiares, poderá indiciar uma situação de carência de opções face a uma necessidade de resposta que comporta constrangimentos económicos.

Tabela 7 – Grau de concordância dos inquiridos face aos idosos dependerem demasiadamente da sua família

PAÍS	GRAU DE CONCORDÂNCIA	PERCENTAGEM	PERCENTAGEM CUMULATIVA
PORTUGAL	Concorda Totalmente	34,3	34,3
	Tende a Concordar	50,0	84,3
	Tende a Discordar	10,0	94,3
	Discorda Totalmente	2,0	96,3
	NS/NR	3,7	100,0
	Total	100,0	

Note-se que, em última análise, a estratégia adoptada pelos idosos, em consenso ou não com a sua família, entrará inevitavelmente em linha de conta com o custo inerente aos cuidados reclamados pelo idoso, o que poderá limitar as possibilidades de actuação destes idosos e dos potenciais cuidadores. Verdadeiramente, a questão da liberdade de escolha debate-se directamente com uma insuficiência de alternativas disponibilizadas pelo Estado, por um lado, e a pressão cada vez mais evidente sobre as famílias, as quais manifestam não estar disponíveis para assegurar o financiamento dos custos com os cuidados necessários. Consequentemente, tem cabido às famílias suprir as lacunas que se têm evidenciado entre os benefícios formais e as necessidades reais que se colocam aos idosos que necessitam de

⁶³ Para além dos encargos matérias que, em alguns casos, recaem no cuidador principal do idoso existe um conjunto mais alargado de efeitos decorrentes do apoio prestado, tais como sejam os psicológicos ou sociais. Será o reconhecimento destas dificuldades que conduzem a que a maioria dos inquiridos (916 indivíduos) ache que ocasionalmente o Estado deve pagar a profissionais de saúde para assegurar os cuidados habitualmente prestados pelos membros da família dependente, por forma a que estes elementos possam descansar, conforme é possível constatar no anexo XVI.

assistência. Afigura-se, assim, fundamental a mobilização de recursos para a efectivação dos direitos sociais e aspirações dos idosos, no sentido considerar a sua individualidade.

3. AS PREFERÊNCIAS E EXPECTATIVAS

Neste quadro, apresenta-se relevante entrar em linha de conta com as preferências e as expectativas dos inquiridos procurando, no fundo, enriquecer a discussão aqui inaugurada. Na verdade, de acordo com Lopes, no caso das preferências estas *“(...) são mais prováveis de serem o resultado de uma combinação de desejos pessoais, ou seja, a incorporação subjectiva de normas e valores e as oportunidades previstas”* (Lopes, 2006, p.238).

Neste domínio de análise, de nível mais subjectivo, já que retrata o desejo individual, quando motivados para tomar um posicionamento sobre uma situação hipotética de necessidade de cuidados, face à panóplia de opções de cuidados de longa duração, aproximadamente 77% dos inquiridos revelam que esperam que o apoio seja prestado no domicílio ou por um membro familiar próximo, como um cônjuge ou filho(a) ou mesmo por um serviço especializado de cuidados profissionais⁶⁴.

De acordo com a tabela 8, esta última tendência mantém-se quando se transporta a análise para o domínio das preferências, sendo sobretudo relevante realçar que, da totalidade de indivíduos entrevistados, cerca de 79%, revelaram a sua preferência por permanecerem no seu espaço conhecido, isto é, na sua casa, desejando, desta forma, que todos os cuidados fossem prestados em contexto domiciliário. Dos restantes, apenas aproximadamente 11%, ou seja, 111 indivíduos demonstraram disposição para que o cuidado fosse prestado noutro contexto que não o seu domicílio, como seja uma instituição de saúde ou clínica, não existindo diferenças significativas quando se entra em linha de conta com a variável género.⁶⁵

Todavia, para Quaresma, *“o habitat, o nosso ‘canto’, ao mesmo tempo que é, para os mais velhos, o mundo que não se quer perder, símbolo de uma história num lugar, pode ser também o lugar dos riscos, sinal de desigualdades que marcaram o tempo e espaço de uma vida”* (Quaresma, 2004, p.43). Trata-se, no fundo de reconhecer que a velhice poderá ser, mais do que vivenciada, condicionada por questões que não se reduzem somente ao isolamento e a uma percepção negativista do amanhã mas que poderá, concomitantemente, envolver riscos quotidianos, derivados, nomeadamente, de deficientes condições habitacionais ou insuficiência de rendimentos.

⁶⁴ Consultar anexo XVII.

⁶⁵ Consultar anexo XVIII.

Tabela 8 – Preferência face às opções de cuidados de longa duração existentes

OPÇÕES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
No domicílio por um membro da família (por exemplo parceiro (cônjuge, filho(a) que vive muito perto, etc)	503	50,2
No domicílio por um serviço de cuidados profissional	215	21,5
No domicílio por uma pessoa contratada por você mesmo ou por um membro da sua família para tomar conta do Sr(a)	68	6,8
No domicílio de um membro da sua família próxima (por exemplo um filho ou uma filha)	37	3,7
Num estabelecimento de cuidados de longa duração (uma instituição de saúde/clínica)	111	11,1
NS/NR	68	6,8
Total	1002	100,0

Constata-se, por isso, que a família, enquanto célula fundamental, continua a ser o lugar privilegiado de trocas entre os diferentes elementos que compõem o agregado familiar e, particularmente, entre as diferentes gerações que nela poderão interagir. E, neste sentido, é-lhe reconhecido um espaço próprio, no qual o idoso demonstra desejo em ser mantido, ainda que para o efeito seja inevitável o ajustamento a uma nova realidade. Na sua essência, esta “(...) *interacção e adaptação a novos papéis e funções implica que as famílias mudem para se adaptarem e esta capacidade de adaptação, mudança e crescimento são essenciais para o progresso a longo prazo no ciclo da vida familiar.*” (Martins, 2006, p.131). Claramente os laços de sangue entre os familiares são uma das razões que levam os idosos a querer permanecer o maior tempo possível em contexto familiar, sobretudo porque a opção pelo internamento, nomeadamente, tem sido associado a uma fase final do ciclo de vida caracterizada por uma perda de autonomia e independência do idoso devido a problemas de saúde e progressiva dependência funcional.

Não obstante, como anteriormente analisado, no que concerne mais uma vez à predilecção demonstrada pelos indivíduos para serem assistidos por membros familiares próximos (cerca de 50%), não é possível dizer que estes resultados espelham directamente as preferências individuais dos inquiridos, na medida em que estas transmitem, no fundo, a percepção que os indivíduos têm sobre os apoios disponíveis, os quais, como temos advogado, se sustentam no pressuposto de que existe vontade ou, mesmo, um dever moral por parte da família, para prestar o auxílio e assistência necessária. Neste prisma, ainda que não seja possível testar esta hipótese, é imperativo, ainda assim, não deixar de exprimir que esta orientação poderá indiciar mais uma selecção feita de acordo com os recursos disponíveis, já

que como supra citado, estes mesmos indivíduos consideram que os idosos que necessitam de ajuda regular estão demasiadamente dependentes da sua família.

Com efeito, abordar a necessidade de ajuda regular e de cuidados de longa duração significa entrar em linha de conta com a responsabilidade pelo pagamento dos mesmos, na medida em que permite detectar a existência ou ausência de apoios a esse nível e, portanto, as opções disponibilizadas para a população nesse domínio. De facto, compreendemos, anteriormente que os inquiridos tendem a reclamar a intervenção e responsabilização do Estado em domínios concretos do cuidado. Ainda assim, importa atender ao financiamento dos cuidados numa perspectiva global, no sentido de detectar se existe ou não uma tendência dissonante da que advogamos. De acordo com a tabela 9, quando impelidos a posicionarem-se face a uma situação de necessidade de cuidados de longa duração e ajuda regular, os inquiridos pensam que esses cuidados, caso sejam inevitáveis, serão financiados pelo próprio (43,7%), pelas autoridades públicas ou a segurança social (21,3%), pelo cônjuge/parceiro (21,1%) ou, ainda, pela família, filhos ou pais do inquirido (20,1%).

Tabela 9 – Posicionamento dos inquiridos face às diferentes entidades de financiamento dos Cuidados de Longa Duração (percentagem de indivíduos que declara cada uma das opções)

RESPONSÁVEL PELO FINANCIAMENTO DOS CLD	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Próprio	438	43,7
O seu cônjuge/parceiro	211	21,1
Família, filhos ou pais	201	20,1
Outros membros da família	23	2,3
Seguro privado	28	2,8
As autoridades públicas ou a segurança social	213	21,3
Não irá necessitar de nenhum tipo de ajuda que exija pagamento	3	0,3

Num cenário de necessidade de ajuda regular e de cuidados, os inquiridos impreterivelmente reflectem sobre as opções de cuidados mas, igualmente as implicações que estes acarretam especialmente financeiras, já que estas últimas exercem influência directa nas primeiras. Assim, uma ausência de opções capazes de satisfazerem as necessidades dos inquiridos permite melhor compreender o porquê de acharem que numa situação de necessidade objectiva de cuidados o pagamento desses cuidados será garantido pelo próprio. Por conseguinte, mais do que uma opção este posicionamento poderá indiciar um Estado ausente, já que somente 213 inquiridos admitem que o financiamento seria provido pelas autoridades públicas ou pela segurança social, de resto, idêntica percentagem atribuída à

família. Denota-se, por isso, mais uma vez uma sobrecarga da família, não apenas na provisão de cuidados, mas também no seu financiamento.

4. EXISTÊNCIA DE DEPENDÊNCIA

A consideração das diferentes estratégias, até então, discutidas não pode desprezar os aspectos relativos à questão da autonomia do idoso, na medida em que se poderão evidenciar alterações de posicionamentos face às tendências anteriormente debatidas. “*É assim que a necessidade de garantir cuidados, apoios, às pessoas idosas afectadas por processos de redução da sua autonomia, vem a constituir-se um dos objectivos das políticas de velhice (...)*” (Quaresma, 2004, p.38). Com efeito, são múltiplos os desafios com que o idoso se defronta na última fase do seu ciclo de vida, ainda assim, não é possível descurar os que tendem a comprometer, de forma mais séria, a sua qualidade de vida e que, na generalidade, encontram a sua génese em processos que afectam a funcionalidade do indivíduo, no sentido em que tendem a gerar uma gradual perda da sua independência no desempenho das suas actividades diárias⁶⁶. Por conseguinte, a tabela 10, visa averiguar se a existência de dependência por parte dos idosos produz alterações no modo como os inquiridos preferem ser assistidos.

Os dados apontam para a manutenção da tendência dominante, a qual indicava uma preferência clara para a prestação de cuidados no domicílio. A este propósito, importa ter presente a existência de algumas modalidades de apoio, concretamente domiciliário, que têm sido disponibilizados para a terceira idade e que, naturalmente estão inseridos numa lógica assistencialista que visa retardar a institucionalização do idoso. Este processo apresenta-se como uma opção viável, até vantajosa, para as famílias na medida em que permite, até certo ponto, aliviar a sobrecarga do cuidador informal, apresentando-se paulatinamente como uma alternativa substancialmente menos dispendiosa do que a opção da institucionalização.

⁶⁶ Do total da amostra representativa de Portugal, apenas 29 inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 65 anos de idades – inseridos na categoria não idosos - revelam estar perante uma situação de dependência, moderada ou grave; os restantes 96% apresentam-se capazes para de uma forma independente desempenhar todas as actividades básicas da vida diária (ABVD); Por outro lado, verifica-se que à medida que a idade avança mais incidência se verifica, particularmente quando analisamos a categoria relativa aos idosos velhos. Note-se, porém, que entre estes últimos é de assinalar que aproximadamente 65% não necessita de apoio para realizar qualquer que seja a actividade, sendo capazes de satisfazerem independentemente as suas necessidades. Os dados poderão ser consultados no anexo XIX.

Tabela 10 - Preferência face às opções de cuidados de longa duração existentes, segundo os diferentes níveis de dependência

OPÇÕES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA			TOTAL
	SEM DEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA MODERADA	DEPENDÊNCIA GRAVE	
No domicílio por um membro da família (por exemplo parceiro (cônjuge, filho(a) que vive muito perto, etc)	50,5%	43,9%	52,2%	50,2%
No domicílio por um serviço de cuidados profissional	21,5%	28,1%	4,3%	21,5%
No domicílio por uma pessoa contratada por você mesmo ou por um membro da sua família para tomar conta do Sr(a)	6,6%	10,5%	4,3%	6,8%
No domicílio de um membro da sua família próxima (por exemplo um filho ou uma filha)	3,7%	3,5%	4,3%	3,7%
Num estabelecimento de cuidados de longa duração (uma instituição de saúde/clínica)	10,8%	7,0%	30,4%	11,1%
NS/NR	6,8%	7,0%	4,3%	6,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Não obstante, esta tendência não é, ainda assim, tão evidente quando consideradas as opiniões dos indivíduos que se vêem impossibilitados de satisfazer algumas (pelo menos mais de três) das suas actividades quotidianas, ou seja, aqueles que se encontram numa situação de dependência grave. Realmente, considerando a variável nível de dependência, a principal tendência no domínio das preferências individuais mantém-se, ou seja, os indivíduos continuam a preferir maioritariamente, que o cuidado seja prestado em casa. Todavia, este desejo não surge tão expressivo nos indivíduos com dependência grave, emergindo entre estes cerca de 30% que expressam preferir ser assistidos num estabelecimento devidamente preparado para prestar cuidados de longa duração, tais como instituições de saúde ou clínicas. Não se pode dizer, em todo caso, que se trata de uma disposição surpreendente, já que há medida que o idoso vai agravando a sua capacidade para desempenhar as suas actividades, sobretudo, as que envolvem a sua sobrevivência e autocuidado, tais como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, neste caso, a exigência para as famílias e, particularmente, para o cuidador principal eleva-se, quer ao nível da duração mas, também, ao nível da intensidade dos cuidados reclamados.

Pelo contrário, para Lage, num cenário de posse de autonomia própria, o idoso adquire maior capacidade funcional em múltiplos domínios que enformam a sua acção, como sejam o físico, psicológico e social, já que este é capaz não só de influenciar mas, também de se adaptar ao meio ambiente, detendo de uma maior liberdade para nele intervir, através de tomadas de decisão pessoalmente orientadas (Lage, 2007, p76).

5.O CUIDADOR

No campo da gestão das dependências, a participação e envolvimento da figura do cuidador, na garantia da realização das actividades quotidianas, parcial ou totalmente, permite ao indivíduo, carente deste tipo de assistência, potenciar o seu bem-estar e elevar a sua qualidade de vida. Ainda assim, a atribuição da responsabilidade do cuidado a uma pessoa, no entendimento de Lage não se configura num processo linear ou simplista, já que este é influenciado “(...) *por factores objectivos, como as características do idoso e as capacidades do cuidador, mas principalmente pela avaliação subjectiva que este faz da experiência*” (Lage, 2007, p.75)

Por conseguinte, seguindo a mesma lógica de análise até aqui manifestada, as apreciações analíticas que se seguem visam não apenas fornecer informações sobre as principais características do cuidador informal em Portugal, mas de igual modo, dar conta da dimensão normativa subjacente à prestação de cuidados, com o intuito de confluir no conjunto de percepções, preferências e expectativas evidenciadas por estes indivíduos, principalmente no que toca a às disposições por eles demonstradas no domínio da previdência formal orientada para a terceira idade.

Na sua essência, o conhecimento das principais características que contornam o cuidador informal, permite sinalizar um perfil de cuidador e, a partir daqui melhor compreender quem são, o que acham, esperam e desejam. Nesta perspectiva, conforme nos revelam os dados patentes na tabela 11, importa salientar que estamos a falar de indivíduos que se situam maioritariamente no intervalo etário que medeia os 45 e os 65 anos de idade, isto é, 102 entrevistados (mais precisamente 41% da totalidade dos cuidadores). De facto, estamos a falar de indivíduos cujos ascendentes detém certamente entre os 65 e 85 ou mais anos de vida, idades onde se manifestam as maiores dificuldades no desempenho das actividades quotidianas do idoso. Ainda assim, entre os idosos, denota-se, idêntica mobilização para prestar cuidados, sobretudo para os mais jovens, os quais quando comparados com os mais velhos, presumivelmente possuirão de maior capacidade de gestão

da dependência da pessoa que necessita de cuidados, já que os idosos velhos se encontram já na fase crítica do seu ciclo de vida, cuja perda de vitalidade se vai naturalmente evidenciando. Para além disso, não é possível deixar de considerar os diferentes arranjos de vida que na velhice se vão evidenciando, sendo, peculiarmente relevante para o momento considerar entre os idosos aqueles que se vêem defronte a necessidade de prestar ajuda regular aos seus parceiros/cônjuges, sobretudo quando não existe a possibilidade de mobilizar outras alternativas e engendrar outro tipo de estratégias. Esta ausência de opções, justifica que, em alguns casos, o cuidador informal tenha de gerir a dependência não só doutrem mas igualmente de si próprio. Com efeito, como seria de esperar a larga maioria dos cuidadores patentes na presente análise – cerca de 91% - não estão inseridos em nenhum nível de dependência, pelo que são autónomos e funcionais para desempenharem com sucesso as suas actividades quotidianas. O mesmo não acontece quando entramos em linha de conta com os 22 inquiridos, que para além de gerirem a sua própria independência em determinadas actividades, são convocados para prestar ajuda a outrem, possivelmente um parceiro ou cônjuge⁶⁷.

Tabela 11 - Nível de envolvimento na prestação de cuidados, por intervalos etários, em percentagem

IDADE	ENVOLVIMENTO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		TOTAL
	NÃO CUIDADOR	CUIDADOR	
<35	222 81,6%	50 18,4%	272 100,0%
35-45	125 83,3%	25 16,7%	150 100,0%
45-65	255 71,4%	102 28,6%	357 100,0%
65-75	96 66,7%	48 33,3%	144 100,0%
>75	55 69,6%	24 30,4%	79 100,0%
TOTAL	753 75,1%	249 24,9%	1002 100,0%

Para além da variável idade também a relativa ao género produz diferenças entre os cuidadores. Tal como analisado na matriz teórica, desde tempos remotos a mulher tem vindo a ser socializada para desempenhar funções ligadas à esfera privada, tendo sido desde cedo treinadas para cumprir um papel mais ligado à afectividade e emotividade. Com a progressiva

⁶⁷ Consultar anexo XX.

participação no mercado de trabalho, a mulher foi, simultaneamente gerindo o nível familiar, ligada à gestão doméstica e o campo profissional (tal como o homem até então).

Contudo, as últimas décadas não foram capazes de contrariar a forte segregação sexual em que têm assentado, nos últimos séculos, os papéis atribuídos aos homens e às mulheres. A este propósito, conforme a tabela 12, note-se, que, da totalidade de indivíduos entrevistados cerca de 25%, declarou o seu envolvimento na prestação de cuidados, mesmo que tenha sido apenas na assistência a uma actividade básica quotidiana.

Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos por nível de envolvimento na prestação de cuidados, por sexo

ENVOLVIMENTO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	SEXO		TOTAL
	HOMEM	MULHER	
NÃO CUIDADOR	325 80,4%	428 71,6%	753 75,1%
CUIDADOR	79 19,6%	170 28,4%	249 24,9%
TOTAL	404 100,0%	598 100,0%	1002 100,0%

Entre os cuidadores, cerca de 70% são do género feminino, o que traduz a importância do papel das mulheres na garantia de bem-estar dos que necessitam da sua assistência, tratando-se estas normalmente de esposas, filhas ou noras. Neste prisma, novos desafios se configuram para a mulher na sociedade moderna e que se traduzem na necessidade de conciliação das exigências laborais e os imperativos familiares, particularmente no que toca à assistência aos idosos. Nesta linha, Fernandes sugere-nos que, efectivamente, *“Apesar das alterações estruturais dos últimos anos, que colocaram as mulheres na senda vida pública, elas continuam a garantir o apoio familiar que antes lhes havia sido destinado ao mesmo tempo que concorrem a uma actividade profissional”* (Fernandes, 2008, p.86). Assim, a privatização do cuidado na família parece, no entanto, contrastar com o incremento da necessidade de inserção das mulheres no mercado de trabalho, que buscam o reconhecimento da importância do seu papel para a sociedade, no sentido de atingir uma igualdade de género efectiva, para além da formal.

Não obstante, importa retomar, neste momento, o carácter normativo/cultural que orienta as condutas dos inquiridos, desta vez partindo da perspectiva de quem realmente está envolvido na prestação de cuidados, no sentido de apurar se as anteriores tendências que

incitam a uma participação mais efectiva do Estado no apoio formal para a velhice são reafirmadas pelos cuidadores.

Como supra analisado, os inquiridos na generalidade demonstraram preferir, em caso de necessidade de cuidados e assistência regular, permanecer no seu domicílio sendo tratados principalmente pelos membros familiares mais próximos. Porém, esta evidência poderia estar a escamotear questões de fundo ligadas, nomeadamente, a uma insuficiente solidariedade formal suprida, em parte, na base da solidariedade familiar, tanto mais se considerarmos a opinião dos indivíduos quando estes revelam achar que os idosos estão demasiadamente dependentes da sua família quando numa situação de fragilidade.

Na verdade, contrariamente ao que acontece em Portugal, por exemplo, nos países escandinavos, providenciou-se um conjunto amplo de serviços não apenas para as crianças mas, também, para os idosos, que perfilam um grupo específico reconhecido socialmente, para os quais são disponibilizados serviços especializados de apoio, que de acordo com as necessidades de cada indivíduo poderá ser prestado a nível domiciliário. O caso português, concretamente, ilustra com requinte a forma como as políticas sociais dirigidas para aquele grupo se sustentam na solidariedade familiar, na medida em que se assume que no seu seio se deve proporcionar os cuidados necessários a prestar ao idoso. É verdade que, no domínio do cuidado informal, é possível enumerar várias redes de apoio, tais como a rede de vizinhança ou de amigos. Contudo, cabe legalmente à família desempenhar esse papel de prestação de cuidados, a qual tem evidenciado, como temos visto, alguns sinais de tensão face à forma o cuidado está organizado, reclamando nomeadamente um Estado presente e activo.

Essencialmente dos indivíduos envolvidos na prestação de cuidados, somente 11% discorda totalmente ou tende a discordar do facto destes idosos dependerem em demasia dos seus familiares. Este facto implica que novas opções sejam fornecidas não apenas para as famílias, legalmente incumbidas do cuidado, mas, sobretudo, para os idosos, no sentido de lhes ser dada capacidade para, mediante um leque de alternativas estes escolham livremente aquela que melhor se adequa às suas necessidades, interesses e desejos pessoais⁶⁸.

Do mesmo modo, conforme a tabela 13, importa salientar que 56% dos cuidadores (que se posicionaram sobre esta matéria) discorda que é incumbência dos filhos o pagamento dos cuidados para os seus pais, na ausência, por parte destes últimos, de capacidade económica para o fazer.

⁶⁸ Consultar anexo XXI.

Tabela 13 – Grau de concordância dos inquiridos envolvidos na prestação de cuidados, face à possibilidade de serem os filhos a pagar os cuidados

GRAU DE CONCORDÂNCIA	NÍVEL DE ENVOLVIMENTO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
	CUIDADORES
Concorda totalmente	132 (53,2%)
Tende a concordar	99 (39,9%)
Tende a discordar	12 (4,8%)
Discorda totalmente	5 (2,0%)
NS/NR	1 (0,4%)
Total	249 (100,0%)

No seu entender é responsabilidade do Estado pagar um rendimento àqueles que se viram obrigados a pedir demissão ou, mesmo, reduzir o seu horário de trabalho para dar apoio à pessoa dependente. É neste âmbito que cerca de 93% dos indivíduos cuidadores, revelam concordar ou tendem a concordar que este pagamento deve partir da previdência formal, e não dos filhos⁶⁹. Todavia, esta percentagem eleva-se ligeiramente para 94% quando os mesmos indivíduos expressam igual tendência, desta vez no que se refere ao suporte dos custos de profissionais de cuidados, por forma a que estes garantam os mesmos apoios que são habitualmente proporcionados no domínio da solidariedade familiar, ainda que de uma forma ocasional, conforme a tabela 14.

Tabela 14 - Grau de concordância dos cuidadores face a um cenário de pagamento, por parte do Estado, a profissionais de cuidados de saúde no sentido destes, ocasionalmente, aliviarem os encargos dos membros familiares

GRAU DE CONCORDÂNCIA	NÍVEL DE ENVOLVIMENTO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
	CUIDADORES
Concorda totalmente	120 (48,2%)
Tende a concordar	113 (45,4%)

⁶⁹ Consultar anexo XXII.

Tende a discordar	15 (6,0%)
Discorda totalmente	1 (0,4%)
Total	249 (100,0%)

Ainda que ocasionalmente, esta acção permite que os familiares cuidadores descansem dos encargos por um breve período de tempo, apresentando-se por isso, quando usada como profundamente vantajosa já que permite efectivamente a manutenção dos ligames sociais dos cuidadores, já que a prestação do cuidado a dado momento acarreta não apenas consequências no cenário profissional mas, analogamente, ao nível das redes de sociabilidade ou na dinâmica familiar.

6.A SUSTENTABILIDADE DO FAMILIALISMO EM PORTUGAL

De uma forma genérica, o esforço analítico até então impulsionado tem proporcionado uma ampla apreensão do leque de escolhas que os cidadãos portugueses optimizam, quando confrontados com uma situação de dependência ao nível da prestação de cuidados. Neste âmbito, aliás, revelou-se pertinente capturar a tendência dominante no que respeita às expectativas dos indivíduos, particularmente dos cuidadores, face à responsabilização pública dos cuidados, relativamente a um conjunto vasto de domínios que estes contemplam.

Como anteriormente explicado, Portugal, à medida dos restantes países que engendram o modelo da Europa do Sul, evidencia uma orientação familialista na forma como percebe e, sobretudo, organiza os cuidados para idosos. Efectivamente, trata-se de um país que denota uma valorização do papel da família, cuja tradição corporativa-conservadora e ideário político se afasta consideravelmente de países como a Suécia ou Finlândia, que apresentam uma rede formal de cuidados e apoios mais madura e consolidada, não só para os segmentos etários mais idosos mas, simultaneamente, para os segmentos que ocupam a base da pirâmide etária, isto é, as crianças.

Não obstante, o trabalho estatístico que se segue tem como propósito fundamental alcançar as variáveis explicativas da probabilidade de se registarem orientações familialistas nas preferências dos portugueses. Para o efeito, procurou-se ajustar dois modelos independentes, que permitissem, por um lado, medir, na amostra portuguesa, os factores que têm impacto na preferência pela institucionalização dos pais em caso de dependência e, por

outro lado, a maior ou menor probabilidade do indivíduo preferir uma solução de tipo familialista, que se consubstancia na atribuição da responsabilização do papel de cuidador aos filhos, face a um cenário de dependência. Deste modo, o quadro que se segue resume de forma precisa as estimativas para dois modelos distintos mas complementares já que, com base nas mesmas variáveis independentes, atenta, por um lado, à probabilidade de preferir o cuidado formal e, por outro lado, à probabilidade de preferir o cuidado informal.

Tabela 15 - Modelos de regressão logística binária para variáveis explicativas da probabilidade de se observarem orientações familialistas nas preferências dos portugueses, 2007

Variáveis explicativas	MODELO 1 (PROBABILIDADE DE PREFERIR A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PAIS EM CASO DE DEPENDÊNCIA)			MODELO 2 (PROBABILIDADE DE ATRIBUIR AOS FILHOS O PAPEL DE CUIDADOR EM CASO DE DEPENDÊNCIA)		
	B (s)	t	e ^(b)	B (s)	t	e ^(b)
Estado civil (base = Viúvo)						
Casado	0,270 (0,411)	0,657	1,310	-0,150 (0,255)	-0,588	0,861
Solteiro	0,285 (0,551)	0,517	1,330	0,275 (0,379)	0,726	1,317
Separado	0,559 (0,595)	0,939	1,749	-0,428 (0,382)	-1,120	0,652
Cuidador (base = não cuidador)						
Cuidador	-0,263 (0,283)	-0,929	0,769	0,189 (0,172)	1,099	1,208
Nível de dependência (base = não dependente)						
Dependente	0,757* (0,375)	2,019	2,133	-0,409 (0,274)	-1,493	0,664
Idade (base = < 35 anos)						
< 35 anos	0,476 (0,401)	1,187	1,609	-0,154 (0,270)	-0,570	0,857
35-45	0,159 (0,353)	0,450	1,172	-0,102 (0,229)	-0,445	0,903
45-65	0,575 (0,445)	1,292	1,777	-0,333 (0,308)	-1,081	0,717
65-75	0,099 (0,572)	0,173	1,104	-0,132 (0,370)	-0,357	0,877
Ocupação actual (base = não trabalha)						
Trabalha por conta própria	-0,270 (0,478)	0,565	0,764	-0,090 (0,295)	0,305	0,914
Trabalha para outrem	-0,079 (0,280)	0,282	0,924	0,177 (0,184)	0,962	1,194
Comunidade (base = rural)						
Cidade pequena	-0,206 (0,263)	0,783	0,814	-0,583** (0,166)	3,512	0,558
Cidade grande	0,054 (0,289)	0,187	1,056	-0,317 (0,200)	1,585	0,728
Sexo (base = masculino)						
Feminino	0,014 (0,239)	0,059	1,014	-0,268+ (0,161)	1,665	0,765

Filhos (base = não tem)						
Tem	-0,720* (0,335)	2,150	0,487	0,473* (0,241)	1,963	1,604
Constante incluída em ambos os modelos	Modelo 1 = -2,187		Modelo 2 = 0,878			
Nota: ** Significante a 1%; * Significante a 5%; + Significante a 10%. O modelo foi testado para efeitos interactivos, não assinalados.						

No que respeita ao modelo 1, que transmite a preferência por uma solução que envolve a institucionalização do idoso dependente, nesse caso, a variável explicativa que emerge com um impacto mais determinante é precisamente aquela que tende a reflectir a disponibilidade ou não de um cuidador, particularmente de um cuidador natural, isto é, ter ou não ter filhos. Efectivamente, a ausência de filhos, tudo o resto constante, determina uma maior orientação para a institucionalização do idoso. Note-se, neste âmbito, que a percepção sobre a existência ou não de um cuidador natural – o(s) filho(s) – aparece radicada numa solidariedade familiar idilicamente inesgotável entre os pais idosos e respectivos filhos, a qual se sustenta numa imagem apelativa que exalta os laços de parentesco e, sobretudo, uma rede de afectividade filial onde circundam sentimentos de entreajuda, amor, afectos e, porventura, de obrigação moral e social para assumir esse papel.

Porém, a preferência por este tipo de cuidado com uma orientação familialista, sustentado por uma suposta proximidade entre as pessoas, que as torna mais disponíveis, nomeadamente, para prestarem o apoio e cuidados necessários poderá não ser suficiente para enveredar por uma solução de tipo informal. Verdadeiramente, é interessante verificar que tem impacto estatisticamente significativo o facto do indivíduo deter algum tipo de dependência, já que, na sua posse, aumenta a preferência pela solução institucional. Efectivamente, o amor e o afecto, que comumente preservam a ligação que entre cuidador e cuidado se estabelece, poderão não ser suficientemente vigorosos para lidar com situações mais exigentes, do ponto de vista da intensidade e qualidade do cuidado prestado. Por conseguinte, a determinada altura, o confronto com uma necessidade real de cuidados poderá determinar uma maior predisposição para a busca e obtenção de um cuidado profissional. Assim, o facto do indivíduo, quando confrontado com uma situação de dependência, preferir o cuidado institucional pode reflectir o facto dos cuidados providenciados em contexto informal se apresentarem com menor qualidade, por um lado, ou serem decorrentes de um

conjunto de tensões que se vão desencadeando no cuidador ou, mesmo, no cuidado, tais como o stress⁷⁰.

Não obstante, importa perceber que a predilecção pelo cuidado em contexto institucional poderá indiciar uma certa fragilidade do modelo familialista, na perspectiva daqueles que recebem os cuidados, já que estes se manifestam insatisfeitos com o cuidado que recebem. De facto, de acordo com o que nos sugere Fernandes, face aos novos imperativos com que as sociedades modernas se deparam, ao nível da gestão das dependências na velhice, importa perceber que *“não existe uma solução única e definitiva dos problemas, e a intervenção profissional dos agentes sociais é diferente das ajudas que podem dispensar as famílias”*. (Fernandes, 2001, p. 50).

Verdadeiramente, no plano da organização das políticas sociais destinadas ao apoio na terceira idade, importa estreitar a relação que entre os profissionais de cuidados de saúde e os familiares cuidadores se estabelece, no sentido de otimizar as respostas orientadas para a pessoa idosa. Aliás, importa perceber que, não raras vezes, a própria gestão do cuidado não se configura num processo simplista ou linear. Pelo contrário, este tende, geralmente, a afigurar-se como profundamente complexo, já que implica, entrar em linha de conta com uma multiplicidade de factores, entre os quais, como supra citado, a necessidade de cuidados de saúde e apoio adequado às reais necessidades dos receptores de cuidados, o que implica reflectir sobre as efectivas potencialidades das famílias cuidadoras. Tal é especialmente relevante quando consideramos aqueles que se encontram funcionalmente dependentes e que, portanto, se deparam com um cenário mais exigente a nível salutar, designadamente no que se refere à indispensabilidade de apoio médico e de profissionais habilitados para dar respostas a esta situação. *“Mais do que o aumento do papel do estado devemos estar, sobretudo, atentos à transformação das modalidades de intervenção.”* salienta, ainda, a mesma autora. (Fernandes, 2001, p. 51).

Com efeito, defronte com o panorama da progressiva dependência funcional do idoso, a institucionalização emerge para o idoso e/ou cuidadores, como sugerem os resultados, como uma solução a considerar, constituindo-se, aliás, como uma das soluções formais mais procuradas.

Não obstante, quando medimos os factores que têm impacto na preferência pela atribuição da responsabilização pelo apoio e assistência ao cuidador natural, isto é, ao(s)

⁷⁰ Aliás, tomando como ponto de partida a *“ (...) a teoria do stress pode conceptualizar-se o cuidado como um agente stressor que é devido a algo de carácter objectivo que perturba ou ameaça a actividade habitual do indivíduo e produz uma necessidade de ajustamento substancial nas condições do cuidador.”* (Martín, Paúl e Roncon, 2000, p.4).

filho(s), mais especificamente as filhas, verificamos que tem impacto estatisticamente significativo o tipo de comunidade bem como o facto de se ter filhos.

Como assinalado anteriormente, os cidadãos portugueses revelam uma preferência pelo cuidado informal, isto é, aquele que é, fundamentalmente prestado dentro da célula familiar. Neste quadro, em termos normativos, são elevadas as expectativas colocadas no grupo doméstico ao nível das obrigações e responsabilidades que lhe são atribuídas e reclamadas, tendendo estas a ser, paulatinamente, reafirmadas pela rede pública de organização dos cuidados para os idosos. Percebe-se, por isso, que o facto de se ter filhos instigue um aumento da orientação familialista, já que, como advogamos, se espera que estes cuidadores naturais estejam disponíveis para se responsabilizarem por esse papel.

Do mesmo modo, conforme os resultados indicam, não é possível, porventura, relevar para segundo plano, nesta abordagem, o papel preponderante com que se manifestam as comunidades locais, sobretudo, as de pequena dimensão e ruralizadas, que constituem uma rede de sociabilidades exterior àquela célula familiar. Objectivamente, é relevante assinalar que, no que respeita ao universo dos valores, este permanece marcadamente familialista em contexto rural e menor em contexto urbano o que implica considerar nesta análise, necessariamente o contexto sócio cultural em que o indivíduo está inserido. Por outras palavras, de acordo com o que nos sugere Hespanha, nos ambientes rurais podem estar presentes *“verdadeiras redes de suporte social construídas por vizinhos, familiares e amigos, reforçando a integração social”*, distantes do perigo de alienação, individualismo e anonimato que caracterizam as grandes cidades. (Sequeira e Silva, 2002, p.510 cit. por Hespanha, 1993).

Identicamente, face a um cenário de incapacidade por parte dos idosos, segundo Paúl, *“(…) a existência de redes sociais de apoio tem ainda um papel fundamental (sobretudo instrumental) na manutenção dos idosos na comunidade(…)”* (Paúl, 2005, p.278). No seio de comunidades locais mais restritas, do ponto de vista territorial, como sejam os espaços rurais, as relações e laços sociais, que nesses contextos se estabelecem permitem com maior sucesso suprir com maior satisfação algumas das necessidades individuais que vão emergindo, por via, nomeadamente, das relações de vizinhança, apoios de amigos ou mesmo com a ajuda de familiares que não fazem já parte da esfera do agregado doméstico⁷¹.

⁷¹ No domínio das redes de apoio e suporte informal, Paúl engloba *“(…) quer as estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) quer as funções explícitas, instrumentais ou sócio-afectivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença.”* (Paúl, 2005, p.277).

Na sua génese, esta opção ou solução adoptada poderá não ser consequência directa de uma ruptura familiar propriamente dita, mas poderá tratar-se de uma estratégia, complementar ou não ao cuidado prestado em casa, impelida no sentido de promover a concretização individual e social de alguns objectivos como sejam a diminuição do risco de isolamento, por via da elevação da participação na esfera pública e social, consolidando-se, desta forma, a inserção social do indivíduo especialmente dos idosos que se defrontam, a diferentes níveis, com dificuldades mais alarmantes, face aos demais segmentos etários. Este tipo de sociabilidade não se circunscreve somente aos espaços rurais ou mais restritos territorialmente, no entanto, é nestes contextos que os esforços de entreaajuda e de solidariedade entre as pessoas se evidenciam mais coesos e consistentes.

Por outro lado, não é possível deixar de considerar que os “idosos rurais”⁷² se debatem “(...) com inúmeras necessidades não preenchidas, como a ausência de serviços sociais e de saúde, de transportes, apresentam dificuldades económicas evidentes para aceder a serviços e equipamentos afastados da sua zona residencial e a migração do mundo rural para zonas urbanas despovoou as comunidades e afastou potenciais cuidadores familiares.” (Fonseca, Paúl, Martín, [et al], 2004, p.3). Por conseguinte, importa igualmente destacar que, mais do que uma opção estudada e seleccionada pelos indivíduos, dirigida as suas necessidades e vontades, poderá estar aqui em causa a sinalização de uma situação de fragilidade por parte destas populações, no que respeita aos recursos disponíveis, podendo alguns destes idosos estar a descoberto de determinados apoios ou soluções tais como instituições ou clínicas de saúde, bem como profissionais especializados.

Perante este cenário de fragilidade, em determinados casos ampliados por problemas de saúde, fracos rendimentos e débeis condições habitacionais, a resolução encontra-se dentro da própria célula familiar atribuindo-se, assim, aos filhos a responsabilização pelo papel de cuidador, quando estes se deparam com uma situação de dependência, já que esta se poderá anunciar como a única solução percebida pelos indivíduos. Do mesmo modo importa considerar que, em muitos casos, os filhos não estão disponíveis para assumir o papel que lhes é atribuído, na medida em que, a maioria deles não está presente, eventualmente porque migrou para os centros urbanos em busca de trabalho e de uma melhoria nas suas condições de vida.

⁷² A definição de idosos rurais não é clara sendo, sobretudo, empregada em situações “ (...) que vão desde idosos residentes em zonas não urbanas, em pequenas povoações de menos de 2500 habitantes, ou agricultores propriamente ditos vivendo em propriedades mais ou menos isoladas” (Fonseca, Paúl, Martín, [et al], 2004, p.2).

Ainda que com uma significância marginal, importa tecer algumas considerações sobre a variável género, já que as mulheres aparecem com uma menor orientação familialista do que os homens. Efectivamente, conforme temos vindo a expor, designadamente aquando da sua caracterização, os cuidadores informais são, maioritariamente do género feminino, como aliás fora sustentado anteriormente, não só em Portugal mas, também, entre os restantes países que compõem o modelo de Europa do Sul. Nesse sentido, esta menor orientação familialista feminina poderá retratar uma situação de indisponibilidade demonstrada pela própria mulher para se responsabilizar pelo cuidado, como reflexo da sua entrada no mercado de trabalho. De facto, com esta conquista no terreno laboral tornou-se para a mulher mais real a possibilidade de construir ou consolidar uma carreira profissional, à medida do que vinha a acontecer com os homens.

Pese embora esse facto, importa igualmente registar que, grosso modo, a mulher tende a acumular a designada dupla jornada de trabalho procurando, desta forma, conciliar aqueles que são os seus objectivos e interesses profissionais e, por outro lado, os imperativos familiares, no sentido de assegurar a manutenção do papel de cuidadora e “fada do lar” que lhe é socialmente atribuída. Precisamente, os resultados sugerem que a mulher poderá estar, eventualmente, a rejeitar esse papel de cuidadora natural, já que, em termos estatísticos, é esmagadora a percentagem de mulheres que assumem a responsabilidade de cuidar, não apenas dos idosos que dependem funcionalmente da ajuda de terceiros, mas identicamente das crianças. Por outro lado, note-se que, mesmo quando os homens declaram que a prestação de cuidados dos pais deve ser assegurada pelos filhos, quando confrontados com esse cenário, rapidamente a figura do filho é substituída pela da filha ou, até, da nora e, nesse sentido, mais do que falar de familialismo importaria falar de mulherismo.

Em termos conclusivos, importaria salientar que apesar da variável idade não ser significativa em termos estatístico, é-o do ponto de vista teórico, já que contraria a ideia de que os valores estão em transformação acelerada e que as gerações mais jovens não se manifestam disponíveis para assumir o papel de cuidadores. O que nos sugerem os dados, de ambos os modelos, é que não existe propriamente uma rejeição da tradição familialista mas, pelo contrário, uma reprodução da mesma, ainda que eventualmente apenas o seja no plano normativo e dos valores. Deveras, em termos geracionais, os discursos tendem a reproduzir o modelo familialista, ainda que fosse relevante interrogar se existe uma transposição para a prática desses mesmos discursos.

Conclusão

Ao longo da História, entre encruzilhadas e trilhos incertos, a sociedade superou adversidades que lhe permitiu saborear conquistas assinaláveis. Entre estas são de sublinhar as que se relacionam com os progressos na Medicina, o fomento de hábitos de higiene dignos ou as melhorias nutricionais, os quais contribuíram para empolar a longevidade das populações, por via da melhoria dos seus níveis e condições de vida.

Ao mesmo tempo, foram-se desenvolvendo progressivamente formas, mais ou menos ordenadas, de responder a riscos e situações contingenciais, nomeadamente, de desemprego, invalidez, velhice ou doença. Particularmente em Portugal, promoveram-se várias iniciativas, maioritariamente impulsionadas por ordens religiosas, movidas por valores e missões de beneficência e caridade, as quais desempenharam um papel preponderante na supressão de algumas necessidades e carências sociais. Estes impulsos e acções embrionárias promovidas, designadamente, pelas associações mutualistas não esmoreceram nos anos e décadas que se lhe seguiram. Especificamente, a igreja, continua a desempenhar um importante papel na comunidade local, contudo, com a institucionalização e universalização do sistema de protecção social, sob a égide do denominado Estado Social, as incipientes intervenções, deram lugar a novas formas e mecanismos de resposta aos velhos riscos sociais, no sentido de garantir a protecção dos indivíduos, e respectivos familiares.

Pese embora esse facto, em Portugal, a emergência e consolidação do Estado-Providência operou-se tardiamente face outros países europeus, evidenciando-se este somente durante a década 60, com o progressivo declínio do regime ditatorial e a abertura do país ao mundo. Porém, este facto não impediu que, com base no princípio da universalidade, o sistema de protecção social fosse ampliando a cobertura pública de determinados riscos e, com isso, elevasse o número de beneficiários. De facto, com receitas modestas e despesas avultadas, rapidamente o debate sobre as modalidades de financiamento e, concretamente, sobre a sustentabilidade financeira do sistema se instalou, sobretudo, quando se tomou consciência da rápida transição demográfica por que o país atravessara. Verdadeiramente, a construção do Estado de bem-estar português iniciou-se aquando da necessidade de responder a uma nova realidade: a do envelhecimento demográfico, o qual em Portugal, se processou a ritmos substancialmente mais velozes do que nos restantes países, estes últimos com sistemas de protecção social bastante mais maduros e robustos comparativamente ao primeiro.

Não obstante, importa ter presente que o desafio inerente ao envelhecimento demográfico não reside apenas nas consequências directas que este origina no sistema de

pensões mas, igualmente no aumento das exigências ao nível dos cuidados. Efectivamente, este fenómeno não reflecte somente um aumento da esperança de vida à nascença e, portanto, ganhos na longevidade mas, conduz, de idêntica forma, a um aumento exponencial da procura de cuidados que respondam de forma eficaz às necessidades dos idosos, as quais não se traduzem unicamente em necessidades de saúde mas também em imperativos de ordem social, cultural e, mesmo, relacional.

Em todo caso, como nos advertiu Sousa Santos, outrora, a ausência ou passividade do Estado-Providência, fora compensado pela Sociedade-Providência, e por um robusto ligame social que, com base nas relações de comunidade, permitia, até certo ponto, responder a algumas das urgências de ordem social. Porém, a par das alterações na estrutura demográfica, como consequência directa da diminuição da natalidade e aumento da longevidade, operaram-se importantes transformações na dinâmica e estrutura das famílias, por via da reconfiguração dos padrões de nupcialidade, conjugalidade e divorcialidade. Este facto, somado às alterações no mercado de trabalho e aos efeitos do desenvolvimento sócio-económico, notório nomeadamente, na elevação da escolaridade e na modernização e urbanização do país, estiveram na origem da evidente recomposição da sociedade portuguesa.

Neste quadro de mutações e transformações que pautam, na contemporaneidade, a sociedade portuguesa, instalou-se o debate em torno das implicações que estas recentes dinâmicas exercem na capacidade das famílias organizarem os cuidados, em particular daqueles destinados às crianças e idosos, sobretudo, perante o crescente papel económico da mulher na sociedade e do recuo das lógicas de funcionamento de base rural. Este contexto motivou o surgimento na agenda pública e política da temática da prestação de cuidados para idosos, sobretudo para os que carecem de apoios decorrente da perda da sua independência funcional.

Note-se que, não raras vezes, o envelhecimento demográfico tem protagonizado diferentes enfoques. Persiste, porém uma dualidade implícita nesses discursos: ao mesmo tempo que o envelhecimento é perspectivado como o resultado de conquistas civilizacionais importantes, as quais permitiram viver mais tempo, este emerge, paulatinamente, como um problema, sobretudo, ao nível dos arranjos institucionais para responder às exigências que este envelhecimento representa. Este enfoque pessimista, fortemente presente nos discursos públicos mas, em particular nos políticos, acentua, sobretudo, o carácter desestruturante do envelhecimento populacional nas sociedades desenvolvidas. Trata-se, de facto, de um fenómeno estruturante do ponto de vista das suas implicações financeiras, sociais mas, também, culturais e normativas. Porém, não é possível dizer que se trata de um processo

inevitável, na medida em que é possível equacionar alternativas e formas de reverter o processo. No caso português especificamente, o problema tem sido associado, no discurso político, às tensões inerentes à recomposição das dinâmicas da família, as quais instigam o equacionamento sobre o Estado e as políticas sociais no domínio da terceira idade.

Impulsionada por este debate intenso, a presente investigação procurou, na sua essência, discutir o lugar do prestador de cuidados informais, concretamente no domínio do auxílio a idosos dependentes, em Portugal. Neste âmbito, potenciou-se uma análise das especificidades do modelo de bem-estar português e da lógica inerente à organização da assistência aos idosos. Em determinados casos, estas especificidades, foram apreendidas por via da adopção de uma análise comparativa entre os diferentes modelos de bem-estar, já que, entre si, estes evidenciam diferenças notáveis, tanto na forma de organização dos cuidados como na forma como percebem o cuidador principal.

Efectivamente, em Portugal, as responsabilidades ligadas à assistência encontram-se profundamente organizadas em torno das famílias e na capacidade destas garantirem, no seu seio, o bem-estar necessário à manutenção dos equilíbrios. Na verdade, o caso português caracteriza-se por deter um Estado-Providência profundamente familialista, ao mesmo tempo que assistencialista e dualista, pelo que exerce um papel complementar ao desempenhado pelas famílias, as quais emergem como protagonistas principais no enredo da provisão do bem-estar aos seus membros. Deste modo, evidenciou-se necessário atender, não apenas à dinâmica institucional dos cuidados mas, concomitantemente, à dinâmica familiar e normativa esta última, pelo carácter revelador que comporta, já que tende a reflectir os discursos colectivos e o desejo socialmente partilhado no que concerne às diferentes estratégias de protecção existentes, permitindo, de igual modo, apreender a desejabilidade individual, implícita na expressão das expectativas e preferências dos indivíduos quando estes meditam, particularmente, sobre a sua situação.

Neste âmbito, as análises descritivas e estatísticas desenvolvidas permitiram-nos, grosso modo, obter importantes esclarecimentos sobre a forma como estas três dimensões analíticas estão interligadas e se influenciam. De facto, entre as múltiplas considerações sobre as quais interessa agora debruçar-nos, aquela que importa, primeiramente, destacar é a forte conexão existente entre aquelas dimensões. Na verdade, no estudo dos cuidados para idosos, indagar ou explorar sobre uma implica sempre que consideremos na mesma análise as restantes, já que, em conjunto, acrescem os horizontes de conhecimentos obtidos.

Em todo o caso, importa salientar que, em larga medida, para além opções e estratégias implementadas no quadro mais vasto da solidariedade pública ou formal, a

solidariedade familiar tem potenciado uma elevação das possibilidades de resposta para os idosos que necessitam de cuidados. Objectivamente, nos últimos anos, têm sido implementadas reformas e medidas que visam, sobretudo, um alargamento de algumas respostas e modalidades de apoio para a terceira idade. Apesar disso, a maioria destas respostas estão, mormente, inseridos numa lógica assistencialista, algumas das quais visando o retardamento da institucionalização do idoso, por via da disponibilização de algumas modalidades de assistência em contexto domiciliário, outras, ainda, que procuram garantir a integração e optimização dos recursos existentes, como é o caso da rede de cuidados continuados integrados. Porém, em qualquer um dos casos, a lógica familialista permanece presente no âmbito das políticas sociais orientadas para a terceira idade, reproduzindo-se, ao mesmo tempo, a ausência de reconhecimento formal da figura do cuidador, na medida em que a titularidade do benefício está centrada no idoso, sendo atribuída autonomia ao próprio para gerir a sua dependência.

Não obstante, é relevante salientar que, contrariamente àquilo que acontece noutros países europeus, em Portugal, não existe propriamente uma desvinculação entre a orientação pró-estatização e a orientação familialista. Na verdade, apesar das complexas mutações que se têm operado nas famílias, estas continuam a assumir um papel preponderante na provisão de bem-estar aos seus idosos, expresso tanto ao nível da desejabilidade individual como ao nível dos discursos colectivos. Todavia, neste domínio, duas ressalvas são fundamentais: ao mesmo tempo que existe um discurso, mais ou menos, consertado para que o cuidado seja assegurado pelas autoridades públicas, reclamando-se aqui uma participação mais activa do Estado-Providência, designadamente ao nível do seu financiamento, coexiste, latente a esse discurso, uma valorização do papel da família. Este facto sugere-nos que, contrariamente àquilo que alguns autores advogam poderemos não estar perante uma crise das famílias e dos pilares que a sustentam, tendo tido esta capacidade suficiente para, ao longo do tempo, se adaptar ao nível dos papéis e funções que nela se exercem mas, de igual modo, ao nível dos sentimentos de amor, entrelaça e laços que a movem.

Do mesmo modo, importa esclarecer que às famílias tem cabido suprir as lacunas entre os benefícios formais e as necessidades reais de assistência para os idosos. Por esse motivo, e na medida em que os inquiridos consideram estar demasiadamente dependentes das suas famílias, importa afastar olhares ou percepções mais ingénuas sobre esta questão. É que, verdadeiramente, a privatização do cuidado na família, poderá mais ser o resultado de um cenário de carência de alternativas disponíveis para o idoso e seus familiares, que conduz à inevitabilidade de assegurar a assistência no quadro da solidariedade familiar e, menos,

produto de uma tomada de decisão espontânea, já que neste processo necessariamente são consideradas as oportunidades e limites subjacentes a uma qualquer escolha.

Paulatinamente, a preferência declarada pelos inquiridos pelo cuidado informal, especificamente em contexto familiar, parece, contudo, contrastar com o incremento do papel económico exercido pela mulher, que busca, nos últimos anos atingir uma efectiva igualdade de género, para além da formal. Realmente, no que concerne ao perfil de cuidador informal que alcançamos, é relevante expressar que estes se situam, maioritariamente, no intervalo etário que medeia os 45 e os 65 anos de idade, alguns dos quais com necessidades explícitas de engendrar estratégias que permitam gerir a dependência não só d’outrém (comumente cônjuges/parceiros) mas, também, de si próprio, sobretudo como resultado de uma ausência de opções. Por outro lado, como supra citado, desde tempos remotos, a mulher foi socializada para desempenhar os papéis ao espaço doméstico, desenvolvendo um dom próprio para desempenhar as tarefas do lar e prestar os cuidados necessários à família. Pelo contrário, os homens desenvolveram aptidões instrumentais, ligadas sobretudo à necessidade de garantir, por via do seu trabalho, a subsistência do seu núcleo familiar.

Neste quadro, e com a entrada da mulher no mercado laboral, novos imperativos se colocaram às famílias, mas, sobretudo, às mulheres, já que estas continuam a exercer um importante papel de provisão de bem-estar dentro do seu núcleo, somando, na actualidade, para além das exigências laborais as exigências familiares. Note-se que, mesmo com as pressões decorrentes da sua inserção no mercado laboral, da totalidade de indivíduos que declarou o seu envolvimento na prestação de cuidados, 70 % são do género feminino, o que nos instiga a abordar o cuidado a idosos já não do ponto de vista do familialismo, mas sim do mulherismo, pela forte segregação sexual patente neste domínio. Na verdade, esta tendência evidencia-se, concomitantemente, entre os restantes países que engendram o modelo da Europa do Sul, não sendo por isso uma característica exclusiva de Portugal.

Nesta linha, quando procurámos determinar as variáveis explicativas da probabilidade de se preferir o cuidado formal (institucionalização dos pais em caso de dependência) ou o cuidado informal (atribuição da responsabilização pelo cuidado aos filhos), tem impacto estatisticamente significativo a disponibilidade ou não de um cuidador, particularmente de um cuidador natural, isto é, ter ou não ter filhos. Com efeito, a ausência de filhos, por um lado, e a existência de algum nível de dependência eleva a orientação para a institucionalização do idoso, principalmente porque, neste último caso, estão em causa cenários mais exigentes para o cuidador, o qual se defronte com um acréscimo de esforços e tensões físicas e psicológicas, pela necessidade de aumento da intensidade e qualidade do cuidado prestado. Por

consequente, estas tensões e desafios implícitos na ligação que entre o cuidador e cuidados se estabelece, determinam que, a dada altura, se procure cuidados profissionais especializados, em clínicas ou instituições devidamente habilitadas para o efeito. Este reveste-se, sobretudo, para idoso como um processo profundamente complexo, já que, para além de sair do seu espaço conhecido, a sua casa, este terá de se adaptar a um novo contexto, um contexto, para si desconhecido. Do mesmo modo, para além da existência ou não de um cuidador natural, o tipo de comunidade exerce igualmente um impacto na preferência por uma solução de tipo informal. Efectivamente, verificou-se que em contextos rurais o universo normativos e dos valores emerge com traços familialistas maiores do que aqueles evidenciados em contextos urbanos, o que indica que, para além da família, também a comunidade local, os vizinhos ou redes de amigos mais próximos desempenham um papel preponderante no domínio da prestação de cuidados, sendo, por isso, fundamental ter presente o contexto sócio-cultural em que o idoso está inserido.

Ademais, sobre as variáveis género e idade, duas notas importam ser feita. A primeira, diz respeito à fraca orientação familialista demonstrada pelas mulheres. Neste âmbito, é fundamental afastar os olhares mais ingénuos que sobre esta temática se debruçam, já que poderá estar aqui subjacente uma rejeição do papel de cuidadoras como resultado directo do seu papel activo no mercado de trabalho. Apesar disso, face à constatação de que são as mulheres quem exercem esse papel algumas questões poderão estar aqui a ser escamoteadas. Não tendo sido possível testar estatisticamente, ainda assim, é relevante sublinhar que a expressão da orientação familialista masculina não se traduz num envolvimento efectivo na prestação de cuidados, já que como vimos apenas cerca de 30% dos homens desempenha esse papel. Suspeita-se, por isso, que quando os homens declaram preferir que o cuidados aos pais seja assegurado pelos filhos, quando lhes é exigido um envolvimento efectivo, a figura do filho é, rapidamente, substituída pela da filha ou nora, pelo que a imagem da mulher parece transmitir uma inércia acentuada, mais do que da própria família.

A segunda nota refere-se à significância teórica da variável idade, a qual parece contrariar ideias preconcebidas que preconizam uma transformação veloz dos valores das gerações mais jovens conduzindo-as a uma desvalorização do seu papel de cuidadores. Os resultados não reflectem uma rejeição propriamente dita dessa tradição familialista, sendo, deveras, questionável a constatação da transposição desse discurso normativo para a prática.

Tendo em conta os objectivos traçados no início deste estudo, não nos é possível dizer que existe um desencantamento com o trabalho realizado, antes pelo contrário, a satisfação está presente, os resultados obtidos não são muito díspares daqueles que à partida previmos.

Neste âmbito, a investigação realizada permitiu-nos apreender uma visão aprofundada sobre a forma como o Estado de bem-estar português intervém no domínio da prestação de cuidados a idosos. Claramente, esta análise conduziu-nos a pontos-chave sobre a lógica inerente às políticas sociais orientadas para este grupo específico, proporcionando-nos uma melhor compreensão deste fenómeno.

Não obstante, sabíamos à partida dos desafios e dificuldades que iríamos encontrar ao realizar esta pesquisa, os quais se prendem fundamentalmente com o objecto de estudo e os objectivos do estudo, em geral, e a forma como poderíamos chegar à população e medir o que realmente interessa, em particular. Tratando-se de uma população de difícil acesso, a abordagem quantitativa, e especificamente a análise secundária de dados foi determinante para responder a estas exigências. Esta opção, permitiu-nos potenciar uma leitura integrante e multidimensional do fenómeno, que em situação de recolha primária de dados dificilmente seria exequível, sobretudo, pelos limites temporais que se impõem.

Com esta investigação, em Portugal, importantes passos foram dados no domínio da prestação de cuidados informais a idosos, sobretudo pela discussão promovida em torno do conceito de cuidado, entendido aqui como um instrumento analítico de extrema relevância na análise dos actuais Estados de bem-estar. Identicamente, a análise das principais tendências que pautam a sociedade portuguesa permitiram melhor enquadrar a disponibilidade, percepções e preferências manifestadas pelos portugueses para assumir o papel de cuidadores, procurando, desta forma discutir o lugar que os cuidadores informais ocupam no sistema geral de organização dos cuidados para idosos, bem como a forma como eles se relacionam e percebem esse lugar.

Assim, a pesquisa efectuada conduziu-me a novas áreas que não dominava, como a Ciência Política, por exemplo, o que além de enriquecer os conhecimentos sobre estes domínios me permitiu ampliar os horizontes para lá do campo sociológico. Pese embora esse facto, e porque o debate em torno da prestação de cuidados não se esgota neste trabalho, quer pela sua actualidade quer pelos desafios que hoje representa para as sociedades desenvolvidas, seria pertinente fomentar um outro tipo de análises, diria, complementar àquela que aqui inaugurámos. Com efeito, seria extremamente relevante fomentar, num outro contexto de investigação, uma abordagem de tipo qualitativo, que permita alcançar os sentidos e formas de experienciar e viver o cuidado ao idoso. Esta abordagem de cariz intensivo poderia ser desenvolvida por via, designadamente, da aplicação das entrevistas de histórias de vida, as quais permitiram uma aproximação ao terreno que contribuiriam para, de uma forma compreensiva, trabalhar a experiência dos cuidadores na prestação de cuidados.

Referências Bibliográficas

- ALCOCK, Peter (2008) – *The student's companion to social policy*. 3ªed. Malden: Blackwell Publishing.
- BANDEIRA, Mário Leston (1996) – Teorias da população e modernidade: o caso português. *Análise Social*, vol. xxxi, pp.7-43. [Em linha]. [Consult. em 25 de Out. de 2010]. (Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223389966U6oIN8wu5Rt70DI3.pdf>)
- BARRETO, António. (1996) – *A situação social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. ISBN 972-671-043-X.
- BARRETO, António (2000) – Portugal e a Europa: quatro décadas [37-75] in Barreto, A. (Org.) *A Situação Social em Portugal, 1960 – 1999*. Volume II, Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais/ICS.
- BECK, Ulrich (2008) – *La sociedad del riesgo mundial : en busca de la seguridad perdida*. Barcelona : Paidós. ISBN 978-84-493-2078-1.
- BELTRÁN, Francisco (coord.) (2009) – *Modelos Sociales Europeos*. Madrid: Marcial Pons. ISBN 978-84-9768-496-5.
- CARREIRA, Henrique Medina (1996) – *As políticas sociais em Portugal*. Lisboa: edições Gradiva
- COMISSÃO EUROPEIA (2008) – *Long-Term Care in the European Union*. [em linha]. [Consult. em 23 de Mai. de 2011]. (Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>).
- DALY, M. (1994). Comparing Welfare States: Towards a Gender Friendly Approach. *Gendering Welfare States*.

- DALY, Mary e LEWIS, Jane (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*.
- DGS (2004) – Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas. *Circular Normativa nº13*. [em linha]. [Consult. em 15 de Dez. de 2010]. (Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>).
- DIAS, Isabel (2007) – Família e trabalho feminino: o género das desigualdades. Porto: edições Afrontamento. *Ex aequo*, nº15, pp.149-166.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta (2008) - *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press. ISBN 978-0-7456-0796-2.
- FERNANDES, Ana Alexandre (1997) – *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta editora. ISBN 972-8027-83-4.
- ____ (2001) – Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, nº36, pp.39-52. [em linha]. [Consult. em 19 de Nov. de 2010]. (Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n36/n36a02.pdf>). ISSN 0873-6529).
- ____ (2008) – *Questões Demográficas: demografia e sociologia da população*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN 978-972-772-825-1.
- ____ (2008) – Previdência Social e Estado-Providência, *III Congresso Português de Sociologia*. [em linha]. [Consult. em 15 de Dez. de 2010]. (Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR49245f23900c5_1.pdf).
- FERNANDES, António Teixeira (1998) – *Os fenómenos políticos*. Porto: edições Afrontamento. ISBN 972-36-0185-0.

- FERRERA, Maurizio (2007) – The European Welfare State: Golden Achievements, Silver Prospects? *Urge working paper 4*. [em linha]. [Consult. em 13 de Mai de 2011]. (Disponível em: http://www.urge.it/files/papers/3_wpurge4_2007.pdf).
- FONSECA, António M., PAÚL, Constança, MARTÍN, Ignácio et all (2004) – Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: um estudo de caso. *II Congresso de Estudos Rurais Angra do Heroísmo*. [em linha]. [Consult. em 12 de Jul. de 2011]. (Disponível em: http://www.sper.pt/IICER/pdfs/Tema2/A_Fonseca.pdf).
- GIDDENS, Anthony (2004) – *Sociologia*. 4ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 492-531. ISBN 972-31-1075-X.
- INE (2007) – *Dia Internacional do Idoso*. [em linha]. [Consult. em 23 de Out. de 2010] (Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2).
- JAEGER, Mads Meier (2006) – Welfare Regimes and Attitudes Towards Redistribution: The Regime Hypothesis Revisited. *European Sociological Review*, vol 22, pp. 157-170.
- LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa (2007) – *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. [em linha]. [Consult. em 14 de Nov. de 2010]. (Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7243>).
- LALANDA, Piedade (2006) – A população feminina e as transições familiares através da demografia. *Revista de Estudos Demográficos*, nº 38, pp.5-29. [em linha]. [Consult. em 21 de Out. de 2010]. (Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSdest_boui=106257&ESTUDOSmodo=2).

- LEWIS, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*.
- LOPES, Alexandra (2006) – *Welfare arrangements, safety nets and familial support for the elderly in Portugal*. London: [Ed. Do A.]. [em linha]. [Consult. em 13 de Mar. de 2011]. (Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7016/3/obraintegral000059191.pdf>).
- MACEDO, Eunice e SANTOS, Sofia (2009) – Apenas mulheres? Situação das mulheres no mercado de trabalho em quatro países europeus. *Ex aequo*, nº19, pp.129-155. [em linha]. [Consult. em 13 de Out. de 2010]. (Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aeq/n19/n19a11.pdf>). ISSN 0874-5560.
- MARTIN, I., PAUL, C. e RONCON, J. (2000) - Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psic., Saúde & Doenças*, vol.1, nº1, pp.3-9. [em linha]. [Consult. em 10 de Jun. de 2011]. (Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a01.pdf>). ISSN 1645-0086).
- MARTINS, Rosa Maria Lopes (2006) – Envelhecimento e políticas sociais, o idoso na sociedade contemporânea. *Revista do ISPV*. [em linha]. [Consult. em 8 de Dez. de 2010]. [Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium 32/10.pdf>].
- MAU, Steffen (2004) – Welfare Regimes and the Norms of Social Exchange. Sage Publications. *Current Sociology*, vol.52, pp. 53-74. [em linha]. [Consult. em 17 de Mar. de 2011] (Disponível em: <http://csi.sagepub.com/content/52/1/53.full.pdf+html>). DOI:10.1177/0011392104039314.
- MENDES, Fernando Ribeiro (1995) – Por onde vai a segurança social portuguesa? *Análise Social*, vol.xxx, pp.405-429. [em linha]. [Consult. em 25 de Nov. de 2010]. (Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223380778O9wFY7bt4Pq45NG4.pdf>)

- MENDES, Francisco Ribeiro (2005) – *Conspiração grisalha: segurança social, competitividade e gerações*. Oeiras: Celta Editira. ISBN 972-774-202-5
- MOZZICAFREDDO, Juan (1992) – *O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº12, pp.57-89.
- MOZZICAFREDDO, Juan (2002) – A responsabilidade e a cidadania na Administração Pública. *Sociologia*, nº40, 00.9-22. [em linha]. [Consult. em 10 de Out. de 2010]. (Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000300002&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0873-6529.
- MTS (2002) – *A sustentabilidade financeira do sistema de solidariedade e segurança social : relatório final*. Lisboa : MTS. ISBN 972-704-211-2.
- MSSS (1996) – *Segurança Social: evolução recente 1992 a 1995*. Lisboa: Secretaria de Estado da Segurança ISBN 972-97198-0-2.
- MTSS e GEP (2008) - *Carta social – rede de serviços e equipamentos*. [em linha]. [Consult. em 13 de Dez. de 2010]. (Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2008.pdf>).
- OLIVEIRA, João Manuel de e AMÂNCIO, Lúcia (2002) – Liberdades condicionais: o conceito de papel sexual revisitado. *Sociologia*, nº40, pp.45-61. [em linha]. [Consult. em 13 de Dez. de 2010]. (Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n40/n40a03.pdf>). ISSN 0873-6529.
- PAÚL, Constança (2005) – Envelhecimento activo e redes de suporte social. In *Sociologia*, vol.xv, pp.275-287. [em linha]. [Consult. em 17 de Nov. de 2010]. (Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>).
- PISÓN, José Martínez de (1998) – *Políticas de bienestar : un estudio sobre los derechos sociales*. Madrid :Tecnos. ISBN 84-309-3281-X.

- PEREIRA, Pedro Telhado (org.) (2000) – *A reforma da segurança social :contributos para reflexão*. Oeiras : Celta. ISBN 972-774-056-1.
- PEREIRINHA, José António; CAROLO, Daniel Fernando (2006) – Construção do Estado-Providência em Portugal no período do Estado Novo (1935-1974): notas sobre a evolução da despesa social. Lisboa, pp.1-33. [em linha]. [Consult. em 15 de Out. de 2010] (Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~depeco/wp/wp302006.pdf>).
- QUARESMA, Maria de Lurdes (2004) – *O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: CESDET. ISBN 972-8308-06-X.
- ROSA, Maria João (1996) – *O Envelhecimento da população Portuguesa* 1ª Ed. Mirandela, Artes Gráficas.
- RODRIGUES, Eduardo Vítor (2010) – *Escassos caminhos : os processos de imobilização social dos beneficiários do rendimento social de inserção*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 978-972-36-1056-7.
- RODRIGUES, Fernanda (1999) - *Assistência social e políticas sociais em Portugal*. Lisboa: ISSS. ISBN 972-8308-02-7.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1993) – *Portugal: um retrato singular*. Porto: edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0308-X.
- ____ (1996) – *Pela mão de Alice : o social e o político na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-63-0330-6.
- SCHWARTZ, Shalom H. (s.d.). Basic Human Values: An Overview [em linha]. [consult. em 17 de Mar. de 2011] (Disponível em: <http://segr-did2.fmag.unict.it/Allegati/convegno%207-8-10-05/Schwartzpaper.pdf>).
- SEQUEIRA, Arménio e SILVA, Marlene Nunes (2002) – O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, vol.xx, pp.505-516. [em linha]. [Consult em

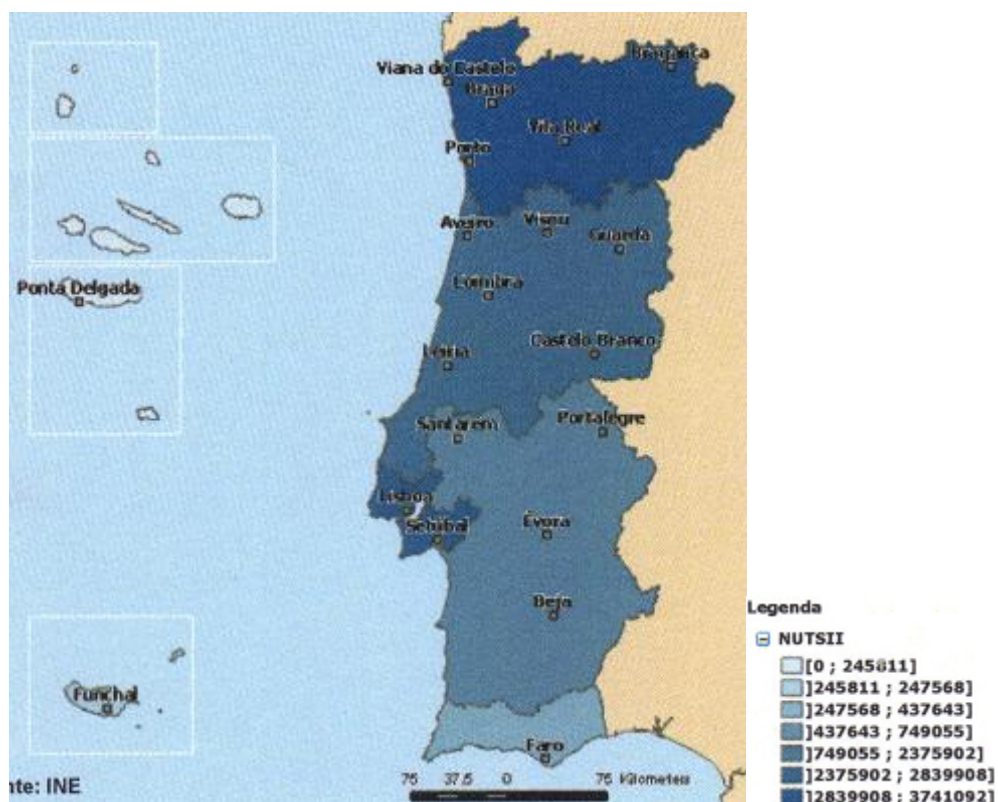
13 de jun. de 2011]. (Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a23.pdf>). ISSN 0870-8231).

- SILVA, Pedro Adão e (2000) – O Estado-Providência Português num contexto europeu: elementos para uma reflexão. *Revista Sociedade e Trabalho*, nº 8 e 9.
- SILVA, Pedro Adão e (2002) – O modelo de *welfare* da Europa do Sul: reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia*, nº38, pp.25-59. [em linha]. [Consult. em 10 de Out. de 2010]. (Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n38/n38a03.pdf>) ISSN 0873-6529.
- SORIANO, Raúl Rojas (2004) – *Manual de Pesquisa Social*. Petrópolis :Vozes. ISBN 85-326-2984-9.
- SPECTOR, William D.; KATZ, Sidney; MURPHY, Jonh B [et al] (1987) – The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of Chronic Diseases*, volume 40, Issue 6, pp.481-489.
- UMCCI (2010) - *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [em linha]. [Consult. em 27 de Dez. de 2010]. (Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio%20_%20desenvolvimento_actividadeRNCCI_1.semestre2010.pdf).
- THERBORN, Göran (2002) – Back to Norms! On the Scope and Dynamics of Norms and Normative Action. Sage Publications. *Current Sociology*, vol.50, pp.863-880. [em linha]. [consult. 17 de Mar. de 2011]. (Disponível em: <http://csi.sagepub.com/content/50/6/863.full.pdf+html>). DOI:10.1177/0011392102050006006.
- WALL, Karin (2003) – Famílias monoparentais. *Sociologia*, nº43, pp.51-66. [em linha]. [Consult. em 10 de Out. de 2010]. (Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n43/n43a04.pdf>). ISSN 0873-6529.

Anexos

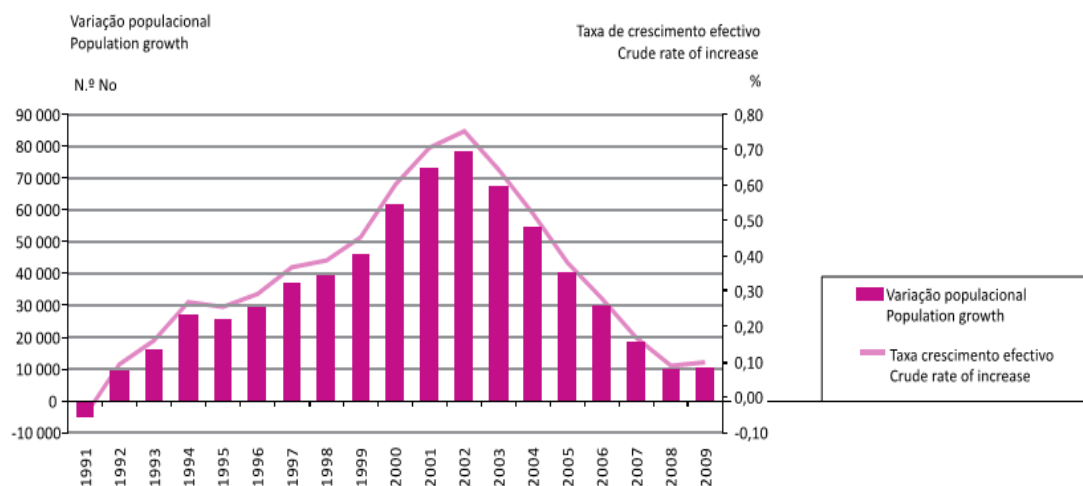
Anexo I – Distribuição da população residente em Portugal (Nº), por NUTS II, 2010

Figura 6 – População Residente em Portugal (Nº) por NUTS II, 2010



Anexo II - Evolução da variação populacional e da taxa de crescimento efectivo, 1991 - 2009

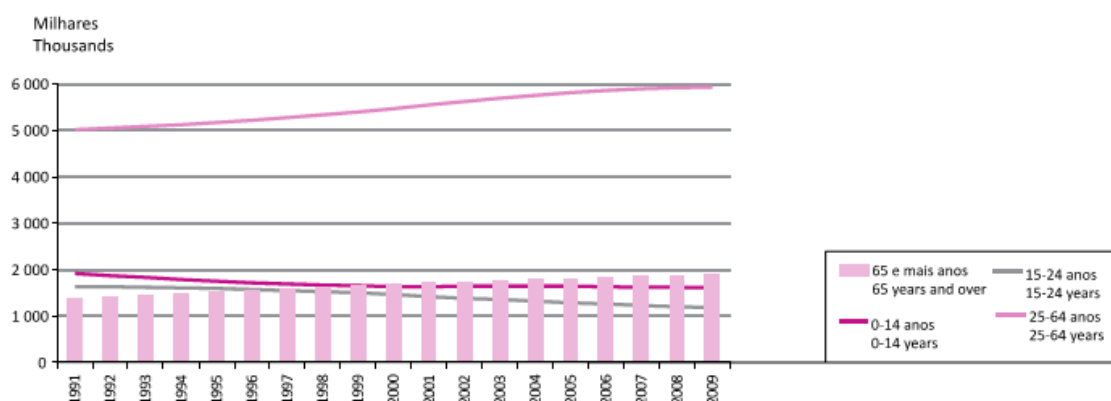
Figura 7 - Evolução da variação populacional e da taxa de crescimento efectivo, 1991 - 2009



Fonte: INE, Anuário Estatístico, 2010, p.86

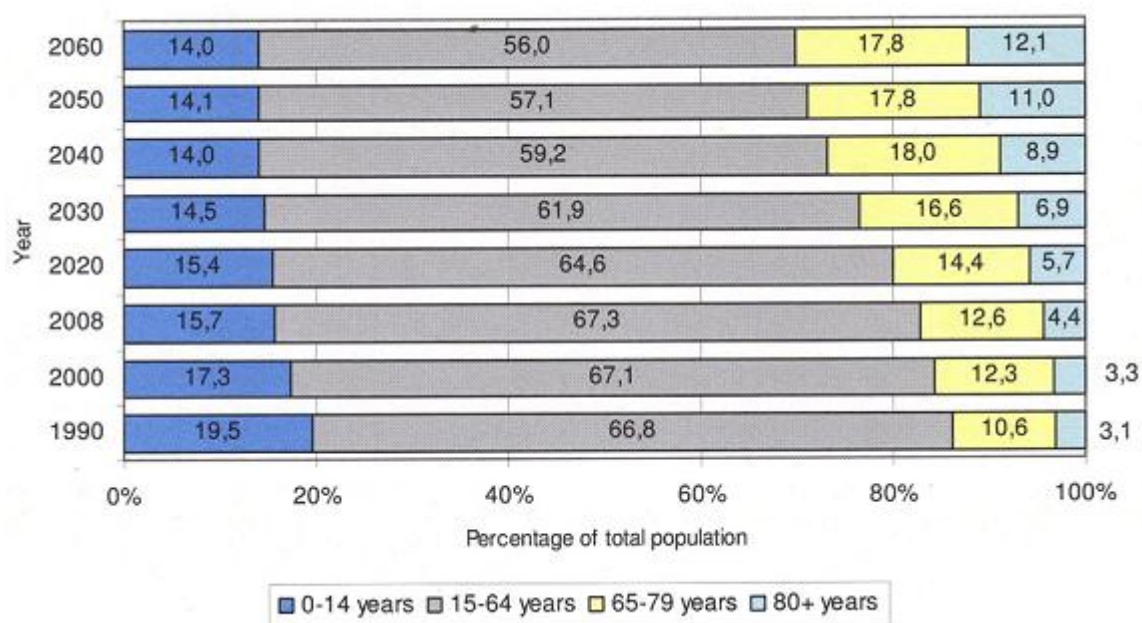
Anexos III – Estrutura da população por grupos etários, Portugal e a EU-27.

Figura 8 – Estrutura da população por grupos etários, Portugal, 1991-2009



Fonte: INE, Anuário Estatístico, 2010, p.87

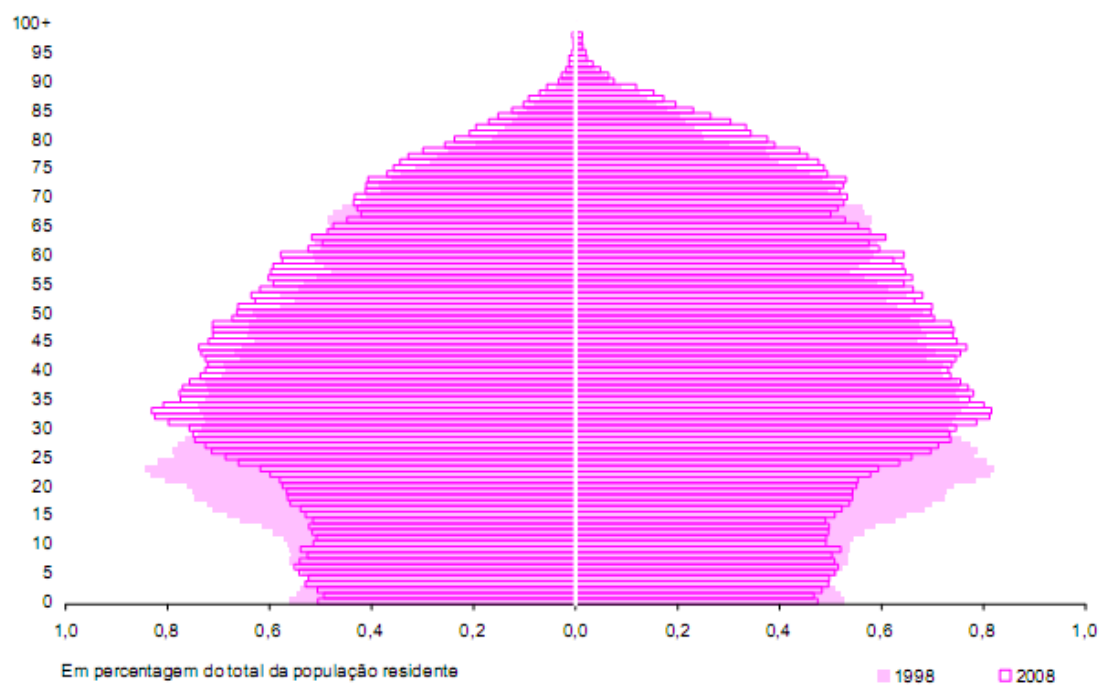
Figura 9 - Estrutura da população por grupos etários, UE-27, 1990-2060



Fonte: Eurostat, Estatísticas Demográficas

Anexo IV - Pirâmide etária de Portugal

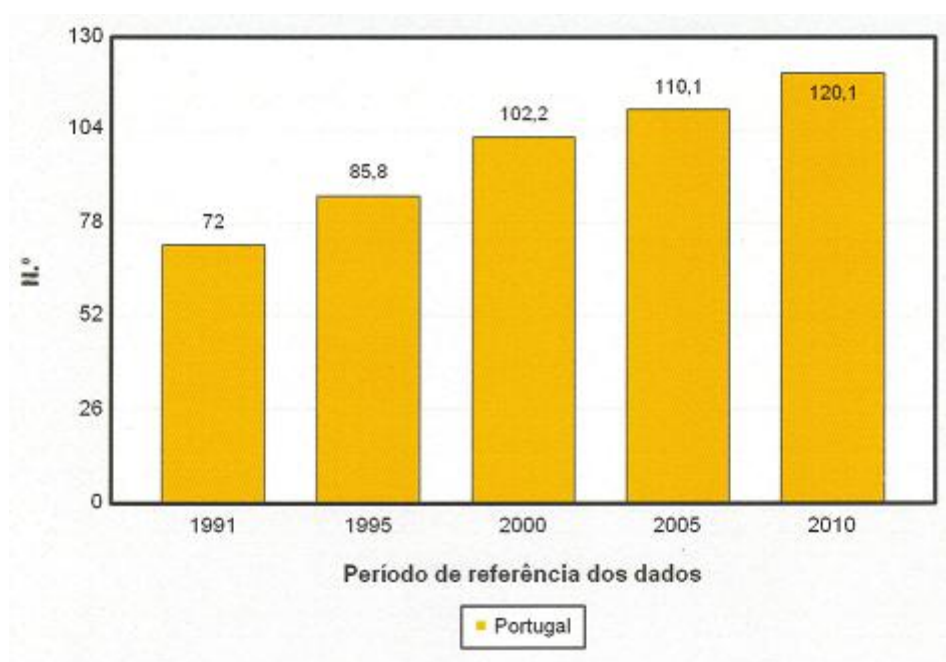
Figura 10 – pirâmide etária, Portugal, 1998 e 2008



Fonte: INE, Estimativas da população residente, 2009.

Anexo V – Índice de Envelhecimento de Portugal, 1991-2010

Figura 11 - Índice de Envelhecimento de Portugal, 1991-2010



Fonte: INE

Anexo VI – Taxa bruta de Natalidade e de Mortalidade de Portugal

Figura 12 - Taxa bruta de Mortalidade (%), por NUTS II, 1995 e 2009

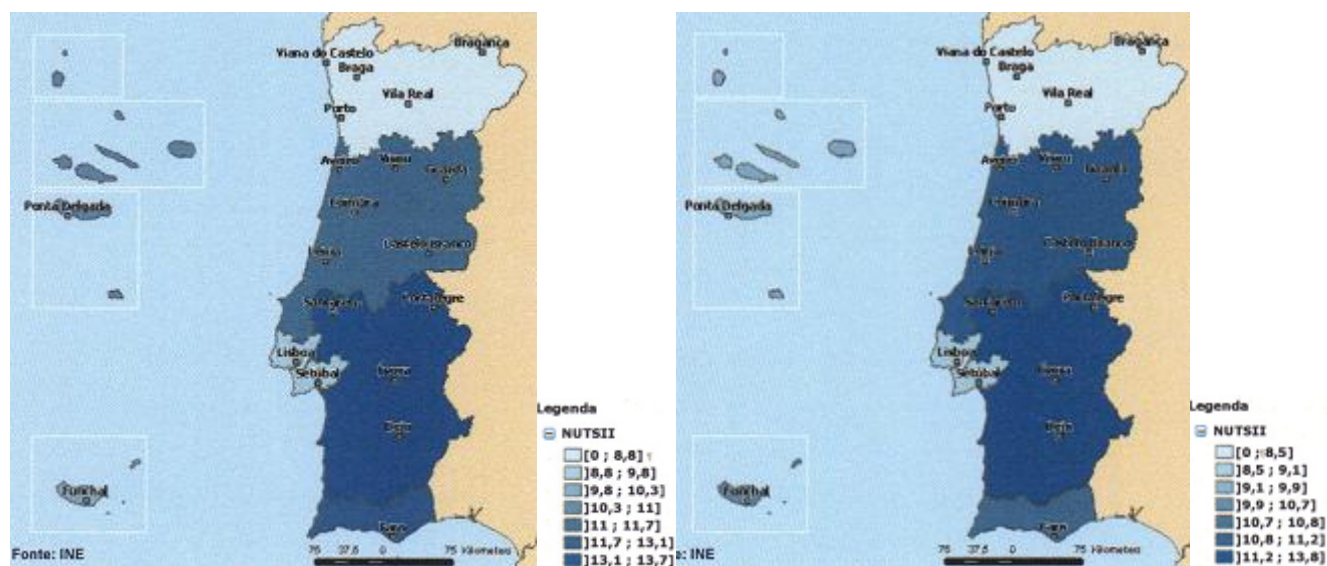
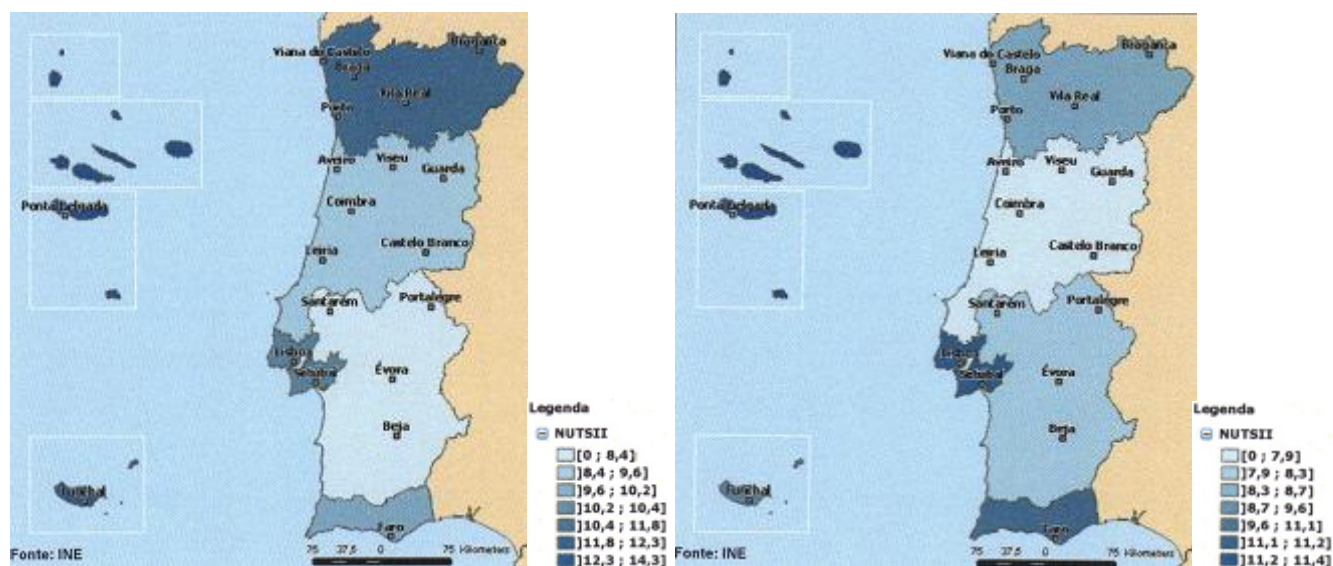


Figura 13 - Taxa bruta de natalidade (%), por NUTS II, 1995 e 2009



Anexo VII - Indicadores sobre a nupcialidade, Portugal

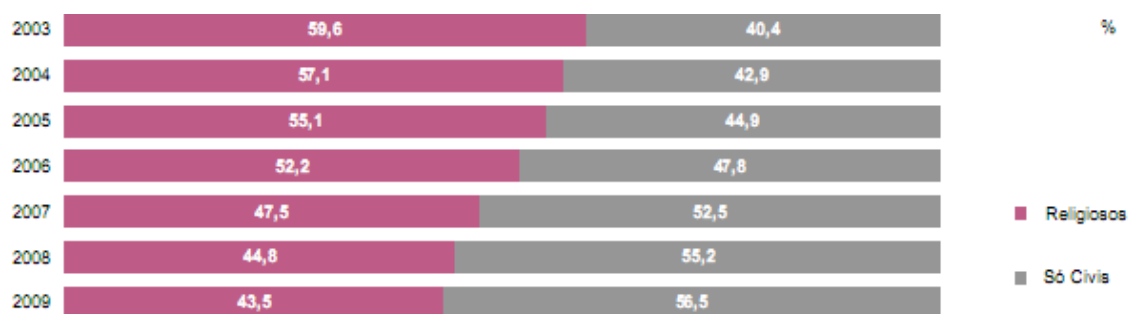
Figura 14 - Indicadores sobre a nupcialidade, Portugal, 2003-2009.

	Unid.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Casamentos	nº	53 735	49 178	48 671	47 857	46 329	43 228	40 391
Religiosos	nº	32 038	28 094	26 809	24 962	22 012	19 363	17 550
dos quais Católicos	nº	32 038	28 094	26 809	24 960	21 924	19 201	17 427
Só Cíveis	nº	21 697	21 084	21 862	22 895	24 317	23 865	22 841
Nupcialidade de 1ª ordem	nº	44 907	40 512	39 535	38 015	35 715	33 115	30 288
Nupcialidade de 2ª ordem ou superior	nº	8 828	8 666	9 136	9 842	10 614	10 113	10 103
Residência anterior comum	nº	11 072	11 067	12 046	12 718	14 716	15 298	15 816
Residência anterior não comum	nº	42 663	38 111	36 625	35 139	31 613	27 930	24 575
Taxa bruta de Nupcialidade	‰	5,1	4,7	4,6	4,5	4,4	4,1	3,8

Fonte: Indicadores sociais, 2010, p.36.

Anexo VIII - Distribuição da proporção de casamentos religiosos e só civis em Portugal

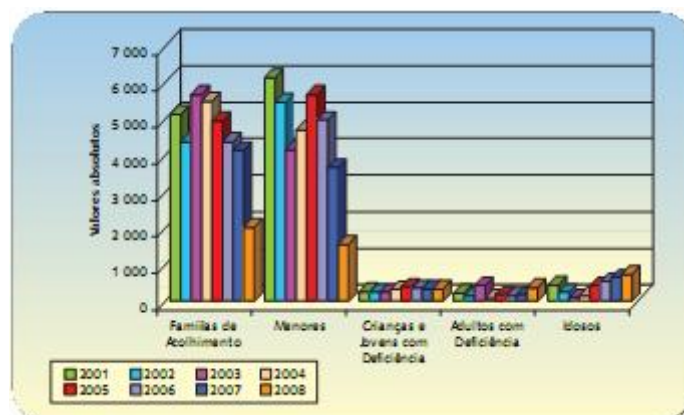
Figura 15 - Distribuição da proporção de casamentos religiosos e só civis, Portugal, 2003-2009, em percentagem



Fonte: Indicadores sociais, 2010, p.36

Anexo IX - Evolução das Famílias de Acolhimento por grupo-alvo, Portugal Continental

Figura 16 – Evolução das Famílias de Acolhimento por grupo-alvo, Portugal Continental, 2001-2008



Fonte: Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos, relatório de 2008, p.29

Anexo X - Inquérito integral do eurobarómetro

ZA4561

**Eurobarometer 67.3
Country Specific Questionnaire
Portugal**

[A versão em português do Inquérito integral encontra-se disponível em:

<http://zacat.gesis.org/webview/index.jsp>]

Anexo XI - Número de entrevistas efectivas realizadas por país

Tabela 16 – Listagem dos países envolvidos nesta vaga de inquéritos do eurobarómetro acompanhados do número efectivo de entrevistas realizadas

PAÍS	NÚMERO DE ENTREVISTAS REALIZADAS
FRANÇA	1039
BÉLGICA	1040
HOLANDA	1001
ALEMANHA - OESTE	1003
ALEMANHA - ESTE	507
ITÁLIA	1017
LUXEMBURGO	510
DINAMARCA	1007
IRLANDA	1003
GRÃ-BRETANHA	1000
IRLANDA DO NORTE	313
GRÉCIA	1000
ESPAÑA	1007
PORTUGAL	1002
FINLÂNDIA	1026
SUÉCIA	1001
ÁUSTRIA	1009
CHIPRE	503
REPÚBLICA CHECA	1024
ESTÓNIA	1004
HUNGRIA	1000
LETÓNIA	1010
LITUÂNIA	1017
MALTA	500
POLÓNIA	1000
ESLOVÁQUIA	1075
ESLOVÉNIA	1037
BULGÁRIA	1000
ROMÉNIA	1004
TURQUIA	1001
CROÁCIA	1000

Anexo XII - Detalhes técnicos respeitantes à série do Eurobarómetro 67.3, Maio-junho, de 2007.

O presente anexo tem como objectivo fundamental fornecer ao leitor uma descrição detalhada das principais características técnicas da série de inquéritos do eurobarómetro seleccionada para esta pesquisa. Por conseguinte, este apresenta-se subdividido em três subsecções distintas: procedimentos amostrais; processo de inquirição e recolha de dados; e análise da fiabilidade e validade das variáveis.

SUBSECÇÃO I – PROCEDIMENTOS AMOSTRAIS

Processo de amostragem: Utilizou-se uma amostragem multi-etapas no plano de amostragem do eurobarómetro. Assim, numa primeira etapa, foram seleccionadas unidades primárias de amostragem de cada unidade administrativa regional existente em cada país (Eurostat nuts 2 ou equivalente). A selecção destas unidades, com probabilidade proporcional ao tamanho da população, procedeu-se por via de uma amostragem estratificada considerando-se o grau de urbanização. Na segunda fase, seleccionou-se aleatoriamente um conjunto de endereços de cada unidade administrativa regional. De seguida, em cada domicílio, aplicou-se aleatoriamente um inquérito (apenas um) de forma sistemática e conducente com as regras pré-definidas.

Dimensão da amostra: 1000 inquiridos por país, à excepção do Reino Unido, com amostras separadas para a Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, 1000 e 300 respectivamente; Alemanha com amostras separadas para a parte Leste e Oeste, 500 e 1000, respectivamente; e Luxemburgo, Chipre (República), Malta e Chipre (TCC), com 500 entrevistas cada.

Número efectivo de entrevistas realizadas nesta vaga em Portugal – 1002

SUBSECÇÃO II – PROCESSO DE INQUIRÇÃO E RECOLHA DOS DADOS

Modo de recolha de dados: A pesquisa, em todos os países, decorreu com base em instruções detalhada e uniformemente elaboradas pela TNS Opinion Social. Concretamente, as entrevistas foram aplicadas no domicílio do inquirido face-a-face, na língua nacional idónea. Por sua vez os inquéritos desenvolvidos para este eurobarómetro apresentavam-se

originalmente em francês e inglês, sendo posteriormente traduzidos para outras línguas por empresas responsáveis pela aplicação dos inquéritos em cada país. As informações referentes às taxas de respostas no eurobarómetro não estão publicadas.

SUBSECÇÃO III – ANÁLISE DA FIABILIDADE E VALIDADE DAS VARIÁVEIS

Na tabela que se segue estão patentes as variáveis utilizadas na investigação, as quais são acompanhadas por uma explanação dos procedimentos adoptados aquando da medição das mesmas bem como do número da questão a que correspondem no inquérito por questionário. Para facilitar ao leitor a análise das variáveis que a pesquisa contemplou optamos por apresentá-las por grupos temáticos.

Tabela 17 - Lista detalhada das variáveis que foram utilizadas

VARIÁVEIS CENTRAIS PARA A PESQUISA		MEDIÇÃO DAS VARIÁVEIS	QUESTÃO
PERFIL SÓCIO- DEMOGRÁFICO	Sexo	Para esta variável a opção considerada é a seguinte: 1 – Masculino; 2 - Feminino	D10
	Idade	Considerando-se a idade indicada pelo inquirido registou-se necessário recodificar os intervalos originais de forma a chegar aos intervalos etários pretendidos para a pesquisa isto é: Não idosos (< 65 anos); Idosos Jovens (65-75 anos) e Idosos Velhos (>75 anos)	D11
	Estado Civil	Foi pedido aos inquiridos que optassem, mediante 8 alternativas apresentadas, aquela que melhor corresponde à sua situação: se se encontra casado (pela primeira vez; não pela primeira vez), Solteiro (que vive actualmente em casal; nunca viveu em casal; já tendo vivido em casal no passado, mas actualmente só), Divorciado, Separado.	D7 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)
	Ocupação	Os inquiridos foram convidados a responder a cada uma destas questões, optando pela opção que melhor caracteriza o seu caso.	D15
	Tipo de Comunidade	O indivíduo teve de indicar se vive numa zona rural ou aldeia; cidade pequena ou média; ou cidade grande	D25

	Filhos	No caso do tem/teve algum filho o inquirido é convidado a indicar quantos, caso tenha respondido afirmativamente.	QA34
CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	Opinião	Aos indivíduos foi-lhes solicitado que revelassem o seu grau de concordância sobre um conjunto de afirmações ligadas ao cuidado para pessoas idosas. Concretamente são 7 as afirmações colocadas e vão desde a atribuição da responsabilização desses cuidados ao Estado, ao nível do seu financiamento ou fornecimento de respostas públicas, como sejam o apoio domiciliário, as clínicas de saúde ou ocasionalmente profissionais especializados ou, por outro lado, atribuir ao próprio (seguro pessoal ou venda de bens) ou à família próxima essa mesma responsabilização. A escala de concordância é a seguinte: 1 – Discorda Totalmente; 2 – Tende a discordar; 3 – Tende a concordar; 4 - Concorda Totalmente; 5 – NS/NR).	QA8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)
		Utilizando a mesma escala, foi ainda averiguada o grau de concordância dos indivíduos face aos idosos dependerem demasiadamente da sua família.	QA29 (1)
		Do mesmo modo foram convidados a posicionarem-se sobre a melhor opção de cuidado para o pai ou mãe que necessite de cuidados. Neste âmbito, os entrevistados tiveram de revelar a primeira e segunda opção entre 7 possíveis: 1 – deveriam ir viver com um dos filhos; 2 - um dos filhos deveria regularmente fazer-lhes uma visita para fornecer os cuidados necessários; 3 – serviços de ajuda públicos ou privados deveriam ir a suas casas para fornecer-lhes a ajuda e os cuidados adequados; 4 – deveriam ir viver para uma instituição de saúde/clínica.	<u>Primeira opção:</u> QA7a (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) <u>Segunda opção:</u> QA7b (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)
		Aos indivíduos foi-lhes ainda pedido que opinassem, mediante 6 alternativas possíveis, sobre quem financiaria os cuidados caso estes precisassem: o próprio, o cônjuge/parceiro; a família, filhos ou pais; outros membros da família ou amigos, o seguro privado ou as autoridades públicas ou segurança social	QA21 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

	Preferências	Aos inquiridos foi-lhes solicitado que exprimissem a sua preferência face a um conjunto de opções de cuidados de longa duração. As opções são diferenciais e vão desde a predilecção pelos cuidados no domicílio, por via de familiares próximos, serviço de cuidados profissional ou outra pessoa contratada; ou, ainda fora do seu domicílio, quer seja em casa de um membro familiar próximo, ou num estabelecimento apropriado para o efeito. Das 5 opções, estes teriam de escolher somente uma.	QA20b (1, 2, 3, 4, 5, 6)
	Expectativas	Ainda no que concerne às opções de cuidados de longa duração, os indivíduos, utilizando os mesmos critérios tiveram de exprimir, desta vez não a opção que preferem mas aquela que provavelmente esperam vir a ter.	QA20a (1, 2, 3, 4, 5, 6)
GESTÃO DAS DEPENDÊNCIAS	Nível de dependência	<p>Mediante uma lista de actividades doméstica e actividades de cuidados pessoais (13 no total), os inquiridos tiveram de indicar todas aquelas em que sentem dificuldades em realizar. Apresentadas sob a forma dicotómica (Não – 0; Sim – 1), foi possível a partir daqui criar um índice aditivo numérico que nos permitiu determinar o grau de dependência do inquirido.</p> <p>Verdadeiramente, outras escalas poderiam ter sido implementadas contudo, a escala que nós derivamos tomou o índice de Katz como matriz de referência tendo sido operacionalizada da seguinte forma:</p> <p><u>Sem dependência</u>: se o idoso for capaz de realizar sem dificuldade todas as actividades básicas de vida diária</p> <p><u>Dependência Moderada</u>: se o idoso não tem capacidade para realizar até 3 destas actividades</p> <p><u>Dependência Grave</u>: se o idoso não consegue realizar mais de 3 actividades.</p> <p>Das 13 AVD contempladas na base de dados considerei para fins analíticos somente as referentes a actividades básicas, as quais se traduzem em 7 categorias distintas, isto é, - alimentar-se; deitar-se,</p>	QA2 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

		<p>levantar-se; vestir-se, despir-se; ir aos lavabos; tomar banho; tomar os seus medicamentos; deslocar-se dentro de casa. Com efeito, tendo presente a complexidade da medição das dependências e, particularmente, as diferenças entre cada uma delas, optamos por incorporar apenas as básicas uma vez que é nestas que está envolvida uma maior intensidade de prestação de cuidados, sendo, aliás, aqui que se geram as situações potencialmente stressantes para o cuidador e, de igual modo, para o cuidado. Por outro lado, no que concerne às actividades instrumentais, de uma forma geral, estas são alvo de uma maior participação mais intensa por parte da rede informal, sendo muitas vezes asseguradas por amigos, vizinhos ou comunidade local.</p>	
	Envolvimento no cuidado	<p>Ao inquirido foi-lhe solicitado que revelasse se estava ou não envolvido na prestação de cuidados a outrem no que toca ao fornecimento de ajuda para um conjunto vasto de actividades quotidianas. A partir das respostas obtidas foi possível proceder à criação de um índice aditivo número o qual permitiu a criação da variável ‘Nível de envolvimento no cuidado’: 1- Não cuidadores; 2 – Cuidadores.</p>	QA11 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

Tendo em conta o conjunto vasto de variáveis disponíveis na base de dados, importa salientar que, algumas delas não foram usadas porque, de facto, não eram pertinentes para responder às hipóteses de pesquisa avançadas, por um lado, mas também, porque em determinados casos não estavam reunidas as devidas condições técnicas para avançar nesse sentido e, portanto, neste último caso não foram usadas conscientes de que existe uma perda em termos analíticos e, analogamente, um ganho ao nível da qualidade e fiabilidade dos resultados obtidos. Efectivamente, de acordo com o que nos sugere Lopes, existe uma dificuldade demonstrada pelo eurobarómetro na medição de algumas variáveis em particular, apresentando-se, desde modo, como variáveis potencialmente problemáticas quando utilizadas numa pesquisa, como sejam o rendimento, o estado de saúde ou a educação. (Lopes, 2007, p. 309).

Neste âmbito, no sentido de assegurar a integridade dos dados, optamos por não considerar as informações referentes ao rendimento e educação, optando, concomitantemente, por incorporar nas análises os dados disponíveis sobre o estado de saúde dos indivíduos, particularmente idosos, uma vez que estas informações emergem como fundamentais para avaliar o grau de dependência dos indivíduos e, com isso, indagar sobre a necessidade de provisionamento de cuidados. Obviamente, para o efeito, foi necessário promover uma atitude cuidada ao nível do tratamento e análise dos dados obtidos.

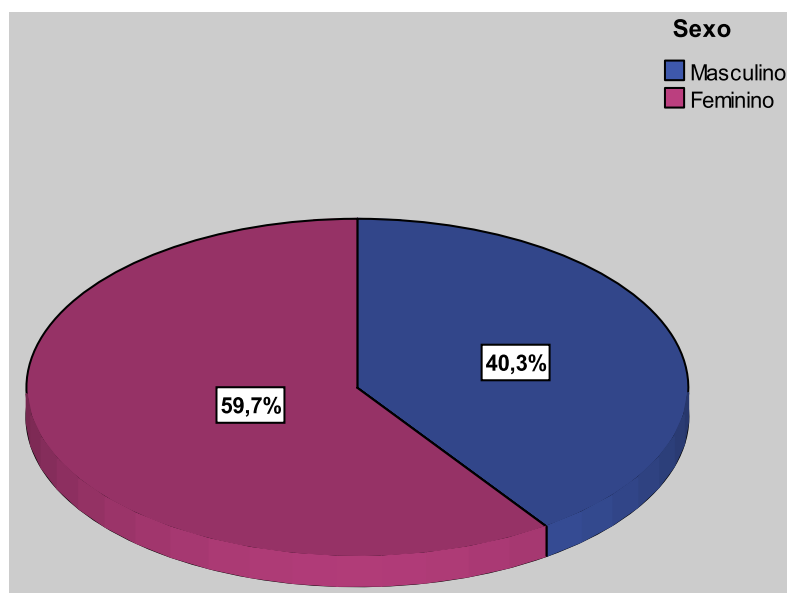
Anexo XIII - Breve apresentação da dimensão da amostra

Tabela 18 – Breve apresentação da amostra

	Frequência	Percentagem
Portugal	1002	3,5
Restantes	27658	96,5
países		
Total	28660	100

Anexo XIV – Distribuição dos inquiridos por sexo

Figura 17 – Distribuição dos inquiridos por sexo, em percentagem



Anexo XV – Primeira e segunda opção para os pais que necessitem de ajuda regular

Tabela 19 - Primeira opção para os pais que necessitem de ajuda regular

OPÇÕES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Deveriam viver com um dos seus filhos	434	43,31
Um dos seus filhos deveria regularmente fazer-lhes uma visita para fornecer os cuidados necessários	154	15,37
Serviços de ajuda públicos ou privados deveriam ir a suas casas para fornecer-lhes a ajuda e os cuidados adequados	207	20,66
Deveriam ir viver para uma instituição de saúde/clínica	94	9,4
Depende (espontâneo)	55	5,5
Nenhum destes (espontâneo)	19	1,9
NS/NR	39	3,9
Total	1002	100,0

Tabela 20 – Segunda opção para os pais que necessitem de ajuda regular

OPÇÕES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Deveriam viver com um dos seus filhos	148	14,8
Um dos seus filhos deveria regularmente fazer-lhes uma visita para fornecer os cuidados necessários	361	36,03
Serviços de ajuda públicos ou privados deveriam ir a suas casas para fornecer-lhes a ajuda e os cuidados adequados	229	22,85
Deveriam ir viver para uma instituição de saúde/clínica	120	12,0
Depende (espontâneo)	42	4,2
Nenhum destes (espontâneo)	11	1,1
NS/NR	52	5,2
Total	963	96,1
Missing	39	3,9
Total	1002	100,0

Anexo XVI – Grau de concordância dos inquiridos face a um cenário de responsabilização do Estado pelo pagamento de profissionais de cuidados de saúde no sentido destes, ocasionalmente, aliviarem os encargos dos membros familiares que prestam este apoio

Tabela 21 – Grau de concordância dos inquiridos face a um cenário de pagamento por parte do Estado a profissionais que prestem cuidados à pessoa dependente

PAÍS	GRAU DE CONCORDÂNCIA	PERCENTAGEM	PERCENTAGEM CUMULATIVA
PORTUGAL	Concorda Totalmente	44,2	44,2
	Tende a Concordar	47,2	91,4
	Tende a Discordar	6,1	97,5
	Discorda Totalmente	1,2	98,7
	NS/NR	1,3	100,0
	Total	100,0	

Anexo XVII – Opções de Cuidados de Longa Duração que os inquiridos esperam possuir

Tabela 22 – Opções de Cuidados de Longa Duração que os inquiridos esperam possuir

OPÇÕES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
No domicílio por um membro da família (por exemplo parceiro/cônjuge, filho(a) que vive muito perto, etc.)	461	46,0
No domicílio por um serviço de cuidados profissional	207	20,7
No domicílio por uma pessoa contratada por você mesmo ou por um membro da sua família para tomar conta do Sr(a)	77	7,7
No domicílio de um membro da sua família próxima (por exemplo um filho ou uma filha)	34	3,4
Num estabelecimento de cuidados de longa duração (uma instituição de saúde (clínica))	133	13,3
NS/NR	90	9,0
Total	1002	100,0

Anexo XVIII – Preferência face às opções de cuidados de longa duração existentes

Tabela 23 - Preferência face às opções de cuidados de longa duração existentes, por sexo

OPÇÕES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
No domicílio por um membro da família (por exemplo parceiro/cônjuge, filho(a) que vive muito perto, etc.)	192 (47,5%)	311 (52,0%)	503 (50,2%)
No domicílio por um serviço de cuidados profissional	91 (22,5%)	124 (20,7%)	215 (21,5%)
No domicílio por uma pessoa contratada por você mesmo ou por um membro da sua família para tomar conta do Sr(a)	29 (7,2%)	39 (6,5%)	68 (6,8%)
No domicílio de um membro da sua família próxima (por exemplo um filho ou uma filha)	15 (3,7%)	22 (3,7%)	37 (3,7%)
Num estabelecimento de cuidados de longa duração (uma instituição de saúde (clínica))	42 (10,4%)	69 (11,5%)	111 (11,1%)
NS/NR	35 (8,7%)	33 (5,5%)	68 (6,8%)
Total	404 (100,0%)	598 (100,0%)	1002 (100,0%)

Anexo XIX – Nível de independência dos inquiridos por categoria etária

Tabela 24 – Nível de dependência dos inquiridos por categoria etária, em percentagem

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	CATEGORIA ETÁRIA			TOTAL
	NÃO IDOSOS	IDOSOS JOVENS	IDOSOS VELHOS	
Sem dependência	750 (96,3%)	121 (84,0%)	51 (64,6%)	922 (92,0%)
Dependência Moderada	20 (2,6%)	18 (12,5%)	19 (24,1%)	57 (5,7%)
Dependência Grave	9 (1,2%)	5 (3,5%)	9 (11,4%)	23 (2,3%)
Total	779 (100,0%)	144 (100,0%)	79 (100,0%)	1002 (100,0%)

Anexo XX – Nível de envolvimento na prestação de cuidados, por nível de dependência

Tabela 25 - Nível de envolvimento na prestação de cuidados, por nível de dependência

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	ENVOLVIMENTO NO CUIDADO		TOTAL
	NÃO CUIDADOR	CUIDADOR	
Sem Dependência	695 (92,3%)	227 (91,2%)	922 (92,0%)
Dependência Moderada	42 (5,6%)	15 (6,0%)	57 (5,7%)
Dependência Grave	16 (2,1%)	7 (2,8%)	23 (2,3%)
Total	753 (100,0%)	249 (100,0%)	1002 (100,0%)

Anexo XXI - Grau de concordância dos cuidadores e não cuidadores face aos idosos dependerem demasiadamente da sua família

Tabela 26 - Grau de concordância dos cuidadores e não cuidadores face aos idosos dependerem demasiadamente da sua família

GRAU DE CONCORDÂNCIA	NÍVEL DE ENVOLVIMENTO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		TOTAL
	NÃO CUIDADORES	CUIDADORES	
Concorda totalmente	6 (30,0%)	89 (35,7%)	95 (35,3%)
Tende a concordar	10 (50,0%)	128 (51,4%)	138 (51,3%)
Tende a discordar	2 (10,0%)	24 (9,6%)	26 (9,7%)
Discorda totalmente	1 (5,0%)	3 (1,2%)	4 (1,5%)
NS/NR	1 (5,0%)	5 (2,0%)	6 (2,2%)
Total	20 (100,0%)	249 (100,0%)	269 (100,0%)

Anexo XXII – Grau de concordância dos cuidadores face a um cenário de pagamento, por parte do Estado, de um rendimento àqueles que perderam o seu rendimento, parcial ou totalmente, em prol do cuidado a uma pessoa dependente

Tabela 27 – Grau de concordância dos cuidadores face a um cenário de responsabilização do Estado pelo pagamento de rendimentos aos cuidadores

GRAU DE CONCORDÂNCIA	NÍVEL DE ENVOLVIMENTO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
	CUIDADORES
Concorda totalmente	132 (53,0%)
Tende a concordar	99 (39,8%)
Tende a discordar	12 (4,8%)
Discorda totalmente	5 (2,0%)
NS/NR	1 (0,4%)
Total	249 (100,0%)

